

### 기밀 정보 공개 승인

(이 양식의 양면을 모두 기입하십시오)

---

소비자 성	이름	중간 이름	생년월일
-------	----	-------	------

---

도로 주소	시	우편번호	주간 전화번호
-------	---	------	---------

---

소셜 시큐리티 번호 \*(필수)

본인은 다음으로부터 본인의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 요청합니다.

---

보건의료 제공자 이름	전화
-------------	----

---

도로 주소	시/주	우편번호	팩스 번호(알려진 경우)
-------	-----	------	---------------

---

그리고 이를 다음 대상에게 공개합니다. ACBH – QA Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, CA 94606

본인은 본인의 의무기록으로부터 다음 PHI 를 공개하는 것을 승인합니다.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 응급실 기록     | <input type="checkbox"/> 병리검사 슬라이드/보고서 |
| <input type="checkbox"/> 실험실 보고서    | <input type="checkbox"/> 항목별 청구 기록     |
| <input type="checkbox"/> 방사선 검사 보고서 | <input type="checkbox"/> 퇴원 요약지        |



- 예방접종 기록
- 병력, 신체검사, 상담
- 전체 의무기록(모든 페이지)
- 수술 보고서
- 기타: \_\_\_\_\_

주 및 연방법은 다음 정보를 보호합니다. 이 정보가 귀하에게 적용되는 경우, 이 정보를 공개/수신하고자 하는지 표시하십시오(해당하는 경우 날짜 포함).

- |                     |                            |                              |
|---------------------|----------------------------|------------------------------|
| 정신 건강 기록            | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 정신요법 기록             | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| HIV 검사 및 결과         | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 알코올, 약물 또는 물질 남용 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 유전 기록               | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |

의료 양식 포함 기간: 구체적 날짜 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 또는

과거, 현재 및 향후 모든 만남/방문

정보 요청의 목적: 불만 또는 이의 신청 해결

이 동의는 본 문서에 따라 조치가 취해진 범위를 제외하고, 언제든지 아래 서명자에 의해 철회될 수 있으며, 이전에 철회되지 않은 경우 동의 일로부터 6 개월에 종료됩니다. 서명자는 서면으로 또는 구두로 소비자 지원부서(Consumer Assistance)에 고지하여 이러한 공개를 철회할 수 있습니다.

고객 또는 승인된 대리인 서명

날짜

이름(정자체)

환자와의 관계(해당하는 경우)

의무기록 정보의 공개는 공개의 목적을 암묵적으로 명시한 경우를 제외하고는 금지됩니다. 보호 대상 SUD 정보의 재공개 금지: 42 CFR 파트 2 는 이러한 기록의 무단 공개를 금지합니다.