

환자 식별자

건강 정보 공개 허가서

A 환자 이름: _____ 의료기록번호: _____
 생년월일: _____
 정보 공개 대상: _____

이름: _____
 주소: _____ 시, 주: _____ 우편번호: _____
 전화번호: _____ 팩스번호: _____ 이메일: _____
 공개 목적: 치료 지속 법적 용도 개인 용도 기타: _____

본인은 Bergen New Bridge Medical Center 에게 다음으로부터 정보를 얻을 수 있는 권한을 부여합니다: _____

B 공개 대상 정보: 입원 환자 응급실 SDS 외래 환자/클리닉
 필요 치료 일시: _____
 요약서: 해당되는 경우, 병력 및 건강검진, 검사 결과, 상담 내역, 수술 보고서, 퇴원 요약서가 포함됩니다.
 건강검진 / 상담 내역 심리검사 / 평가
 경과기록 퇴원 요약서/PDI-퇴원 지침 (퇴원 정보 패킷)
 수술 보고서/병리 전체 기록
 실험실 검사 / 검사 결과/ 방사선 검사 / 정밀 검사 기타: _____
 방사선 영상

C 해당되는 모든 항목의 이니셜을 적어 주십시오: 특정 정보 공개 - 여기에 이니셜을 적는 것으로 본인은 Bergen New Bridge Medical Center가 다음과 관련한 정보를 공개하는 것을 승인합니다.

알코올 사용/남용: _____ 약물 사용/남용: _____ 심리치료 기록: _____
 임신: _____ 성병: _____ HIV/에이즈: _____ 성폭행: _____

D **확인사항**
 * 본인은 서명일로부터 1년 후 또는 Bergen New Bridge Medical Center에 서면 취소 할 경우 본 승인이 만료되는 것을 이해합니다.
 * 본인은 언제든지 서면으로 본 승인을 취소할 수 있지만, 만약 취소하더라도 Bergen New Bridge Medical Center가 취소 통지를 받기 전에 취한 조치에 대해서는 영향을 미치지 않음을 이해합니다.
 * 본인은 본 허가서에 서명을 거절할 수 있으며 이는 전적으로 자발적인 행동임을 이해합니다.
 * 연방 기밀유지 규정(42 CFR 파트 2)에 따라 보호되는 모든 공개 정보는 이러한 규정에 의해 명시된 대로 취급됩니다.
 * 본인은 본 허가에 따라 공개된 정보가 수신인에 의해 다시 공개될 수 있으며, 다시 공개된 경우 연방 개인정보보호법이나 규정의 보호를 받지 못할 수도 있다는 것을 이해합니다.
 * 본인은 본 양식에 기술된 정보의 사본을 적당한 복사비를 내고 조회하며 입수할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 Bergen New Bridge Medical Center 가 제한된 상황에서 이 요청을 거부할 수 있으며, 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 본인이 요청한 정보의 사본에 접근 또는 입수에 대한 요청에 대한 승인 또는 거부 결정을 통지할 것임을 이해합니다.
 * 본인은 기술 사용에 내재된 기밀유지와 관련된 위험성을 이해합니다(즉, 의도된 사람이 정보를 얻지 못하거나, 의도하지 않은 사람이 정보를 얻거나, 허가 없이 정보가 저장되거나 전송될 수도 있습니다). 이러한 위험에도 불구하고, 본인은 다음에 명시된 바와 같이 본인의 정보를 전송할 것을 요청합니다.
 우편 팩스 이메일 서면 전자 CD

E 허가 서명: 본인은 위의 내용을 읽었으며 Bergen New Bridge Medical Center 가 명시된 대로 보호 대상 건강 정보 공개를 할 수 있는 권한을 부여합니다.

_____ 날짜: _____

환자 서명 (13세 이상 모든 환자의 서명 필요)

환자 대리인:

정자체 이름: _____ 서명: _____

날짜: _____ 환자와의 관계: _____

증인:

정자체 이름: _____ 서명: _____

날짜: _____ 환자와의 관계: _____



* 1 R O I *

정보 수신인 주의사항: 본 정보는 연방법과 주법에 의해 기밀이 보호 받는 기록으로 귀하에게 공개되었습니다. 연방 규정 및 주 규정은 본 정보가 해당 관계자의 구체적인 서면 동의 또는 별도의 규정에 의해 허용된 경우를 제외하고 정보를 다른 곳에 공개하는 것을 금지하고 있습니다. 이러한 규정의 보호 대상인 정보를 수신한 사람은 합법적으로 정보를 얻었든 아니든, 누구든지 형사 또는 민사 수사 또는 환자의 기소에 해당 정보를 사용할 수 없습니다. (연방 규정 42CFR 파트 2, N.J.S.A. 26:5C-11) (N.J.A.C. 10:37-6.79(a) 3).

건강 정보 공개 허가서 작성법

안내: 정보 공개는 퇴원 후에 발생합니다

섹션 A

- 환자의 이름, 생년월일, 이메일 주소 및 전화번호를 제공하십시오.
- 수신인의 이름, 주소, 전화번호, 팩스번호 및 이메일 주소를 제공하십시오.
- 수신인은 본 기록을 받을 사람입니다.
- 해당 확인란을 선택하여 의료기록 사본을 요청하는 목적 (이유)을 밝히십시오.
- 수신인이 환자와 다른 사람인 경우, 확인란을 선택하여 Bergen New Bridge가 환자 이외의 수신인으로부터 기록을 입수할 수 있도록 권한을 부여하고 수신인의 이름을 제공하십시오.

섹션 B

- 공개할 기록 유형에 대한 적절한 확인란을 선택하십시오.
- 치료 날짜를 표시하십시오. 정확한 날짜를 모른다면 연도를 표시하십시오.
- 필요한 정보를 식별하는 확인란을 선택하거나, 제공된 공간에 필요한 정보를 기재하여 요청하려는 정보를 명시하십시오.

섹션 C

- 의료 기록의 일부로 민감한 정보를 공개하려면 해당 정보 옆에 이니셜을 적어 주십시오.
- 미성년자(13세 이상)는 다음의 정보 중 하나라도 해당되는 경우 법정대리인의 동의가 필요없는것으로 간주됩니다.

섹션 D

- 확인사항을 읽습니다.
- 귀하의 기록을 전송할 전달 방법을 선택하십시오: 우편, 팩스, 이메일, 서면, 전자 CD. 이 확인란을 선택함으로써 귀하는 기술 사용에 내재된 기밀유지와 관련한 위험성을 이해하고, 이러한 위험에도 불구하고 명시된 대로 귀하의 기록을 전송하도록 요청하는 것임을 인정합니다.

섹션 E

- 환자는 본 양식에 서명하고 날짜를 기입해야 하며, 본 양식에 서명함으로써 귀하는 위의 모든 정보를 읽었으며, 명시된 대로 Bergen New Bridge Medical Center가 보호 대상 건강 정보를 공개할 것을 승인함을 인정합니다.
- 환자에게 법정 대리인이 있고 법적 대리인이 서명을 하는 경우, 본 요청과 함께 법적 서류 사본을 제출해야 하며, 환자와의 관계를 양식에 제공된 공간에 명시해야 합니다.