

알코올/약물 남용 환자에 대한  
정보 공개 동의서  
LOCADTR 결정 평가

철회 일자: \_\_\_\_\_ 담당자 이니셜: \_\_\_\_\_

환자 성	이름	중간이름 이니셜
케이스 번호		
시설	유닛	

**지시사항:**

**양식 사본을 환자에게 제공하십시오!** 환자의 케이스 기록 사본을 한 (1) 부 준비하십시오. 이 양식을 정보 요청과 함께 다른 기관에 발송하는 경우, 환자의 케이스 기록을 위해 추가 사본을 준비하십시오.

**환자 개인 식별 정보 공개에 관한 동의서**

**공개될 정보의 범위 또는 성격**

개별 알코올 및 약물 치료 위탁을 위한 치료 수준 "LOCADTR" 평가 작성에 필요한 모든 정보.

**공개/양도 목적 또는 성격과 개인 식별 정보 습득 및 공개 기관명**

본인은 뉴욕 주 알코올 및 약물 남용 서비스처(New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS)와 상기 식별된 OASAS 인증 치료 시설 및 지급인 / 관리형 의료 보험 \_\_\_\_\_에 그리고 이들 간의 OASAS 고객 데이터 시스템(Client Data System, CDS) 정보 및 본인의 소셜 시큐리티 번호를 포함하는 임상 치료에 대한 기밀 정보 공개에 동의합니다.

본인은 치료 수준 결정 평가가 오직 본인 및 상기 식별된 OASAS 치료 시설 및 지급인 / 보험 간 공유됨을 이해합니다. 단, 본인이 타 기관, 프로그램, 지급인들과의 정보 공유에 대해 서면으로 허가한 경우는 제외됩니다.

본인은 이와 더불어 LOCADTR 평가 톨의 효과 검증을 위하여 비 개인적 식별 정보가 사용될 수 있음을 이해합니다.

서명인인 본인은 상기 내용을 읽었으며 뉴욕 주 알코올 및 약물 남용 서비스처(New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) 및 상기 지명된 OASAS 인증 치료 시설의 담당자가 본 문서에 포함된 대로 정보를 습득 및 공개하는 것을 허락합니다.

본인은 이 동의서에 의존하여 이미 취해진 조치의 범위를 제외하고 언제든지 본인이 서면으로 동의서를 철회할 수 있음을 이해합니다. 이 동의서는 서명한 날짜로부터 6 개월 이내 만료되며 아래에 명시된 다른 기간, 행위 또는 조건이 적용되는 경우는 제외됩니다. 또한, 모든 식별 정보의 공개는 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 기밀성을 관장하는 미 연방 규정집 타이틀 42 번 파트 2(Title 42 of the Code of Federal Regulations, C.F.R, Part 2)뿐만 아니라, C.F.R 타이틀 45 번 파트 160 및 164, 건강보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA, 45 C.F.R. §§ 160 & 164)의 구속을 받고 있으며, 본인의 추가적인 서면 승인 없이는 상기 명시된 이외 기관으로의 추가 정보 재공개가 금지되어 있음을 이해합니다.

**참고:**

이 동의서를 통해 공개되는 정보는 반드시 알코올 중독/약물 남용 환자에 대한 정보 재공개(TRS-1) 금지서와 함께 제공되어야 합니다.

일반적으로 이 프로그램은 본인의 동의서 서명 여부를 조건으로 요구하지 않을 수 있지만, 특정 제한적 상황에서 본인이 동의서에 서명하지 않을 경우 치료가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 동의서를 수령하였습니다.

\_\_\_\_\_  
(환자 서명)

\_\_\_\_\_  
(부모/보호자 서명)

\_\_\_\_\_  
(환자 성명을 인쇄체로 기입)

\_\_\_\_\_  
(부모/보호자의 이름을 인쇄체로 기입)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(날짜)