

알코올/약물 오남용 환자에
대한
정보 공개 동의서

환자의 성	이름	M.I.
케이스 번호		
시설		과(부서)

지침: 본 양식의 사본 한 장을 환자에게 주십시오! 환자의 케이스 기록 한(1) 장을 작성하십시오. 이 양식을 정보 요청서와 함께 다른 기관에 발송할 경우 환자 케이스 기록의 사본을 한 장 더 작성하십시오.

개인식별정보의 공개 및 취득에 대한 환자 동의서

정보 공개/취득 성격의 범위

본인의 이름이 언급되었거나 달리 관련된 모든 오남용 또는 방치 혐의가 있는 사건, 또는 기타 중대한 사건 조사에 필요한 모든 정보.

공개 목적 또는 성격, 개인식별정보 공개/취득 대상 조직명

- 1) 본인은 New York State 알코올 및 마약류 오남용 대처사무국(Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS), 아동 및 가정 사무국(Office of Children and Family Services, OCFS) 특별공청과 그 산하기관 (Bureau of Special Hearings), NYS 취약층 보호 사법 센터(Justice Center for the Protection of People with Special Needs, JC) 와 그 산하기관 취약층 중앙 관리국(Vulnerable Persons Central Register, VPCR)에 본인의 이름이 언급되었거나 달리 관련된 모든 오남용 또는 방치 혐의가 있는 사건, 또는 기타 중요한 사건에 대한 조사 또는 판단을 목적으로 개인정보를 공개할 것에 동의합니다.
- 2) 본인이 18 세 미만인 미성년자일 경우 New York State 알코올 및 마약류 오남용 대처사무국(OASAS), 아동 및 가정 사무국(OCFS), 취약층 보호 사법 센터(JC) 에서 본인의 이름이 언급되었거나 달리 관련된 모든 오남용 또는 방치 혐의가 있는 사건, 또는 기타 중대한 사건에 대하여 본인의 부모 또는 법적 보호자에게 통지하는 이 프로그램에 추가로 동의합니다.

서명자인 본인은 상기 내용을 읽었으며 그러한 정보의 공개 및 취득 대상으로 여기에 명시한 공개 당국의 담당자에게 권한을 위임합니다. 본인은 관련 조치가 이루어진 경우를 제외하고 언제나 본인이 서면으로 이 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 이 동의서는 기간이나 사건, 조건이 아래에 달리 명시되어 그러한 기간, 사건 조건이 적용되지 않는 한 서명일로부터 육(6)개월 이내에 만료됩니다. 본인은 또한 모든 식별정보의 공개 일체가 알코올 및 약물 오남용 환자미국연방규정집기록의 기밀 유지를주관하는 2 부(Code of Federal Regulations(C.F.R.), Part 2) 42 권뿐만 아니라 1996 년 건강보험 양도 및 책임에 관한 법 C.F.R. 160 부, 164 부 45 권(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996(HIPAA) 45 C.F.R. §§160 &164)에 따르며, 본인이 추가적인 서면으로 권한을 지정하는 일 없이 상기 지정된 자 외의 다른 자에게 이러한 추가 정보를 재공개하는 행위가 금지됨을 이해합니다.

상기 명시된 기간, 사건, 조건에는 JC 가 2012 년 법률(Laws of 2012) 501 장에 따라 오남용 또는 방치 혐의, 또는 기타 중대한 사건의 조사를 종료하고 뉴욕 사회복지법 6 조 6 권(NY Social Services Law Article 6, title 6)에 따라 법적 절차를 결정하는 기간이 포함됩니다.

참고: 알코올 중독/약물 오남용 환자에 관한 정보의 재공개 금지(TRS-1) 양식이 반드시 함께 포함되어야 합니다.

본인은 본인의 동의서 서명과 무관하게 이 프로그램이 본인의 치료에 영향을 미치지 않는 것이 일반적이지만 제한된 상황에서 본인이 동의서에 서명하지 않으면 치료가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 양식의 사본을 받았으며 이 사실을 아래 서명으로 재확인합니다.

(환자 서명)

(부모/보호자 서명)

(환자 이름 정자)

(부모/보호자 이름 정자)

(날짜)

(날짜)