알코올 중독/약물 남용 환자에 대한 정보 공개 동의서
환자의 시설 내 체류 및 일반 의학적 상태

철회 날짜 _____ 담당자 서명 _____

환자의 성	이름	중간이름 이니셜
케이스 번호		
시설		

안내 사항: 양식 사본을 환자에게 제공하십시오! 환자의 케이스 기록 사본을 1 부 준비하십시오.

서명자인 본인은 이 시설의 직원이 본인의 시설 내 체류 여부에 대해 언급하고 본인의 일반적인 상태에 대한 정보를 본인의 소재지나 치료 상황에 대해 개인적으로 관심을 가지는 아래에 열거된 사람들에게 제공하는 것을 허락합니다. 본인은 부상, 질병 또는 기타 응급 상황 시 아래의 열거된 친지에게 통지하는 것에 동의합니다.

친지 이름	전화
주소	

관계자 이름	관계

본인은 이 동의서에 의존하여 이미 제공된 허용 정보를 제외하고 본인이 서면으로 동의서를 철회할 수 있음을 이해합니다. 이 동의서는 본 시설에서 퇴원한지 1 개월 후에 만료됩니다. 본인은 또한 이 시설이 본인을 대신하여 공개한 정보는 알코올 및 약물 남용 기록의 기밀 유지를 관리하는 Title 42 of the Code of Federal Regulations 와 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996("HIPAA")의 구속을 받음을 이해합니다.

(환자 서명)

(필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

(환자 성명을 인쇄체로 기입)

(부모/보호자 이름을 인쇄체로 기입)

(날짜)

(날짜)