



뉴욕 주 알코올 및 약물남용 서비스처(NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)
행동 건강정보 공개에 대한 동의

환자 이름, 생년월일, 환자 ID 번호, 환자 주소

본인 또는 대리인은 본 양식에 명시된 대로 본인의 진료 및 치료와 관련된 건강 정보를 공개 및 교환하는 것을 허가합니다.

1. 본 동의는 해당되는 경우 본인의 연방 소셜시큐리티번호(기록 일치 확인 목적으로만), 모든 알콜과 약물치료 및 HIV/AIDS 관련 정보를 포함하는 본인의 건강정보의 공개를 포함할 수 있습니다.

만약 귀하가 이 줄에 이니셜을 기입하시면, HIV-AIDS 관련 정보도 OASAS에 공개될 수 있습니다.

만약 귀하가 이 줄에 이니셜을 기입하시면, 귀하의 소셜시큐리티 번호도 OASAS에 공개될 수 있습니다.

2. 몇 가지 예외를 제외하고는, 이미 공개된 의료 정보는 수령자에 의하여 재공개 될 수 있습니다. 만약 본인의 연방 소셜시큐리티 번호, HIV/AIDS 관련, 알코올이나 약물치료에 대한 공개를 승인하는 경우, 이러한 정보를 수령하는 기관은 연방 또는 주 법률에 따라 허가된 경우가 아니라면 해당 정보를 본인의 승인 없이 재공개하거나 공개된 정보를 사용할 수 없습니다.

3. 본인은 아래 제 5 항에 열거된 서비스 제공자에게 언제든지 서신을 보내 이러한 허가를 철회할 권리를 가집니다.

4. 본 동의서 서명은 본인의 의사에 따른 것입니다. 본인은 본인의 치료, 대금 결제, 건강 플랜 등록 또는 수혜 자격 여부는 이 공개의 승인을 조건으로 하지 않음을 이해합니다.

5. 이 정보를 공개 및 교환할 의료 서비스 제공자 또는 기관의 이름 및 주소:

6. 이 정보를 수령하고 교환하게 될 기관의 이름과 주소:
NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203
본인은 위에 기재된 기관이 뉴욕 주 알콜 및 약물남용서비스처(OASAS)에게 본인이 이 치료 프로그램에 등록하였음을 통보하여 본인이 받게될 서비스의 질을 평가받을 수 있게 하는 것을 승인합니다.

7. 이 공개의 목적은 뉴욕 주의 Medicaid 재설계 계획의 이행에 부합하기 위한 것이며, 연방정부의 의무적인 보고 필요조건에 부합하기 위함입니다.

8. 본인의 건강 정보는 마지막 서비스 날짜로부터 삼(3)년 또는 철회하기 전까지 공개될 수 있습니다.

9. 환자 본인이 아닐 경우, 양식 서명자의 이름:
10. 환자를 대리하여 서명할 권한:

본인은 본 양식의 모든 항목을 작성하고, 양식에 관한 의문점에 대해 답변을 들었으며 이 양식 사본을 제공 받았습니.

환자 또는 법적 대리인 서명 날짜

입회인 진술/서명: 본인은 본 승인서가 작성되는 것을 목격했으며 서명한 승인서 사본 1 부는 환자 및/또는 환자의 승인된 대리인에게 제공되었음을 증언합니다.

담당자 이름 및 직책 서명 날짜

이 양식을 통해 공개되는 알코올/약물 치료 관련 정보나 비공개 HIV 관련 정보는 재공개 금지를 기술한 필수 기재사항과 함께 제공되어야 합니다.