

시설의 약물 사용 장애가 있는 사람과 그들의 일반적인
의료 상태와 관련된 정보 공개에 대한 동의

환자의 성	이름	중간 이름
사례 번호		
시설		

지침: 양식 사본을 환자에게 주세요! 환자의 사례를 기록하기 위해 사본 1부를 준비하세요

본인은 아래 서명함으로써, 본인의 시설 입원 여부와 본인의 소재 및 진척 상황에 대해 아래에 적힌 개인적 이해관계가 있는 사람에게 본인의 일반적인 상태와 관련된 정보를 제공하도록 승인합니다. 본인은 상해, 질병 또는 기타 응급상황이 발생하는 경우 아래에 적힌 친족에게 통보하는데 동의합니다.

친족의 성명	전화
주소	

이해관계가 있는 사람의 성명	관계

승인된 정보가 공개된 경우를 제외하고, 본인은 서면으로 본 동의를 취소할 수 있음을 알고 있습니다. 어떤 경우에도 본인이 이 시설에서 퇴원한 후 1개월이 지나면 본 동의는 종료됩니다. 본인은 또한 본인을 대리하여 이 시설에서 공개한 내용이 1996년 건강보험 이전과 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)과 약물 사용 장애 기록의 기밀성을 관리하는 연방 규정 제42편에 따른다는 점을 알고 있습니다.

(환자 서명)

(필요한 경우, 부모/보호자 서명)

(환자 이름 기재)

(부모/보호자 이름 기재)

(날짜)

(날짜)

