



기밀 HIV* 관련 정보 공개에 대한 승인

환자/피고인의 성	이름	중간 이름
식별 번호	사례 번호	
시절	유닛	

지침: 환자의 사례를 기록하기 위해 사본 1부를 준비하세요

기밀 HIV 관련 정보는 HIV 검사를 받았거나, HIV에 감염되었거나, HIV 관련 질병이나 AIDS가 있는 사람에 관한 정보, 또는 HIV에 잠재적으로 노출되었다고 보이는 사람에 관한 정보를 말합니다.

뉴욕주 법에 따라, 특정 사람을 제외하고, 귀하가 서명한 동의서에 따라, 기밀 HIV 관련 정보가 허용된 사람에게만 제공될 수 있습니다. 동의 없이 HIV 관련 기밀 정보를 받을 수 있는 사람들의 목록을 보시려면 요청하세요.**

귀하가 본 양식에 서명함으로써, 여기에 기재된 사유에 따라 본 양식에 적힌 사람들에게 HIV 관련 정보가 제공될 수 있습니다. 귀하는 양식에 서명할 의무는 없으며 언제든지 철회하실 수 있습니다.

HIV 관련 정보의 공개로 인해 차별을 당했다고 생각되시면 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights, 전화: 888-392-3644) 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights, 전화: 212-306-7450)로 연락하실 수 있습니다. 위 기관들이 귀하의 권리를 보호할 책임이 있습니다.

HIV 관련 정보를 공개할 사람의 성명과 주소	HIV 관련 정보를 받을 사람의 성명과 주소
HIV 관련 정보 공개 사유	
공개될 정보의 범위 또는 성격	
공개 승인 기간	
시작일:	종료일:

본인이 양식에 관해 질문했는데 답변을 받았습니다. 본인은 HIV 관련 정보의 공개를 승인할 의무가 없으며, 이에 따라 이미 조치가 취해진 경우를 제외하고는 언제든지 동의를 철회할 수 있음을 알고 있습니다.

(환자/피고인 서명)

(필요한 경우, 부모/보호자 서명)

(환자/피고인 이름 기재)

(환자/보호자 이름 기재) (날짜)

(날짜)

* 인체 면역 결핍 바이러스는 AIDS(후천성 면역결핍증후군)를 유발할 수 있는 바이러스입니다.

** 주법이 요구하지 않더라도, 약물 사용 장애 환자 기록에 관한 연방 규정(Federal Regulations Regarding Substance Use Disorder Patient

Records, 42 CFR 파트 2)은 귀하의 동의 또는 법원 명령을 요구할 수 있습니다.

뉴욕주 승인 양식은 주 및 연방(42 CFR 파트 2) 동의서 양식 요건을 충족합니다

TRS-5 (11/2021)