의료 정보 사용 및 공개 승인서

이 승인서는 아래 이름의 의료인이 비밀 의료 정보와 기록을 공개하는 것을 허락한다. 주의: *미성년자 치료에 대한 정보와 기록, HIV, 정신의학/정신 건강 상태 혹은 알콜/약물 남용의 경우 구체적인 승인서를 필요로 하는 특별 규칙을 따라야 한다.*

승인

나는 이로써 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 이/가

의사/의료 시설

상기된 의료인이 우편, 팩스 혹은 다른 전자 통신 방법을 통해 가지고 있는 내 병력, 병 혹은 상해, 상담, 처방, 치료, 진단 혹은 예후 엑스레이, 서신교환 그리고/또는 다른 의료인이 제공한 것도 포함한 의료 기록에 관한 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(환자 이름) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (환자 생년월일)에 대한 정보를 공개하는 것을 허락한다.

귀하:

이름

주소

시 주 우편번호

의료 정보/기록은 다음과 같은 목적으로 쓰이게 된다:

이 승인은 다음과 같다:

[ ] 무제한 (약물 남용, 정신 건강, HIV 진단/치료를 제외한 모든 기록)

[ ] 아래의 의료 정보에 제한:

나는 또한 아래와 같은 구체적인 기록의 공개에 동의한다:

마약/알콜/약물 남용

정신의학/정신 건강

HIV 항체 검사

진단/치료

유전 정보

(이름 첫 글자)

(이름 첫 글자)

(이름 첫 글자)

(이름 첫 글자)

(이름 첫 글자)

공개 기간

이 승인서는 즉시 효력이 있으며 \_\_\_\_\_\_\_ 까지 유효하다.

날짜

제한

내가 승인을 다시 하거나 법에 의해 그런 공개가 구체적으로 요구되는 경우를 제외하고 이 의료 정보를 계속해서 이용하거나 공개할 수 없다.

이 승인서의 복사본 혹은 팩스본은 원본과 같이 유효하며 효력을 지닌다.

이 승인서 복사본을 받을 권리에 대해 나는 들었다.

환자 혹은 법적/개인 대리 *환자가 아닌 경우 관계*

\_

환자 이름 (정자로 쓰시오) 날짜

환자 사회 보장 번호 환자 생년월일

증인 이름 증인 서명