



HIPAA에 따른 건강 정보 공개 승인  
[이 양식은 뉴욕주 보건부의 승인을 받았습니다]

|       |      |          |
|-------|------|----------|
| 환자 이름 | 생년월일 | 사회 보장 번호 |
| 환자 주소 |      |          |

본인 또는 본인의 공인 대리인은 본인의 진료 및 치료에 관한 건강 정보를 다음 양식에 명시된 대로 공개하도록 요청합니다.

뉴욕 주법 및 Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)의 개인정보 보호 규정에 따라 본인은 다음 사항을 이해합니다:

- 이 승인에는 **알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료**와 관련된 정보의 공개가 포함될 수 있으며, 9(a) 조항의 해당 란에 본인의 이니셜을 기입한 경우에만 심리치료 노트 및 기밀 HIV\* 관련 정보는 제외됩니다. 아래에 기술된 건강 정보에 이러한 유형의 정보가 포함되어 있고 9(a) 조항의 확인란에 있는 줄에 서명한 경우, 본인은 8 조항에 명시된 사람에게 그러한 정보를 공개하도록 특별히 허가합니다.
- 본인이 HIV 관련, 알코올 또는 약물 치료 또는 정신 건강 치료 정보의 공개를 허가하는 경우, 연방 또는 주법에 의거하여 허용되지 않는 한, 수령인은 본인의 승인 없이 그러한 정보를 재공개할 수 없습니다. 본인은 승인 없이 HIV 관련 정보를 받거나 사용할 수 있는 사람들의 목록을 요청할 권리가 있음을 이해합니다. HIV 관련 정보의 공개 또는 공개로 인해 차별을 경험한 경우 뉴욕 주 인권국 (212) 480-2493 또는 뉴욕시 인권위원회 (212) 306-7450으로 연락할 수 있습니다. 해당 기관은 본인의 권리를 보호할 책임이 있습니다.
- 본인은 아래 나열된 의료 서비스 제공자에게 서신을 보내 언제든지 이러한 승인을 철회할 권리가 있습니다. 본인은 이 승인을 기반으로 이미 조치가 취해진 경우를 제외하고 승인을 철회할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 이 승인에 서명하는 것이 자발적임을 이해합니다. 본인의 치료, 결제, 등록 또는 혜택 자격은 이러한 공개의 승인을 조건으로 하지 않습니다.
- 이 승인에 따라 공개된 정보는 수령인이 다시 공개할 수 있으며 (2 조항에서 언급한 경우는 예외), 이러한 재공개는 연방 또는 주법에 의해 보호되지 않을 수 있습니다.
- 이 승인은 귀하가 9(b) 조항에 명시된 변호사 또는 정부 기관이 아닌 다른 사람과 본인의 건강 정보 또는 치료에 관해 논의하도록 허락하는 것은 아닙니다.

7. 이 정보를 공개할 의료 서비스 제공자 또는 단체의 이름과 주소:

8. 정보를 보낼 사람 또는 그룹의 이름과 주소:

9(a). 공개할 특정 정보:

(날짜 삽입) \_\_\_\_\_ 부터 (날짜 삽입) \_\_\_\_\_까지의 의료 기록

환자 기록, 사무실 노트(심리 치료 노트 제외), 검사 결과, 방사선과 검사, 사진, 추천서, 상담, 결제 기록, 보험 기록 및 다른 건강 관리 서비스 제공자가 보낸 기록을 포함한 전체 의료 기록.

기타: \_\_\_\_\_ 포함: (서명으로 표시)  
 \_\_\_\_\_ 알코올/약물 치료  
 \_\_\_\_\_ 정신 건강 정보  
 \_\_\_\_\_ HIV 관련 정보

건강 정보에 대한 논의 권한  
 (b).  여기에 서명함으로써 \_\_\_\_\_ 본인은 \_\_\_\_\_ 이니셜 \_\_\_\_\_ 개별 건강 관리 서비스 제공자의 이름  
 여기에 나열된 변호사 또는 정부 기관과 본인의 건강 정보에 대해 논의할 권한이 있습니다:  
 \_\_\_\_\_ (변호사/로펌 이름 또는 정부 기관 이름)

|   |                           |
|---|---------------------------|
| 10. 정보 공개의 이유:<br><input type="checkbox"/> 개인의 요청에 따라<br><input type="checkbox"/> 기타: | 11. 이 승인이 만료되는 날짜 또는 이벤트: |
|---|---------------------------|

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| 12. 환자가 아닌 경우 양식에 서명하는 사람의 이름: | 13. 환자를 대신하여 서명할 수 있는 권한: |
|--------------------------------|---------------------------|

이 양식의 모든 조항이 완료되었으며 이 양식에 대한 본인의 질문에 대해 답변되었습니다. 또한 양식 사본을 제공받았습니다.

날짜: \_\_\_\_\_  
환자 또는 법률에 따라 승인된 대리인의 서명: \_\_\_\_\_

\* AIDS를 유발하는 HIV. 뉴욕주 공중 보건법은 일반인이 HIV 증상이 있거나 감염되었다고 합리적으로 판단할 수 있는 정보나 그러한 사람과의 접촉에 관한 정보를 보호합니다.

## 소송에 필요한 건강 정보 공개를 위한 HIPAA 준수 승인 양식 사용에 대한 지침

본 양식은 뉴욕주 법원 행정처, 뉴욕 의료 서비스 제공자 커뮤니티 대표 및 법조계 간의 협업 과정을 통해 제작된 결과물로, Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA") 및 시행 규칙의 개인정보 보호 요구사항을 준수하는 표준 공식 양식을 작성하여 뉴욕주 법원에서 소송에 필요한 건강 정보 공개를 승인하는 데 사용되도록 고안되었습니다. 그러나 이보다 더 광범위하게 사용될 수 있으며, 소송이 시작되기 전에 또는 변호인이 유용하다고 판단할 경우 언제든지 사용할 수 있습니다.

목표는 소송 과정에서 만들어진 건강 정보 요청이 HIPAA 개인정보 보호 규칙의 요구 사항을 충족시키는 지 여부에 관해 자주 발생하는 현재의 분쟁을 해결하기 위해 표준 HIPAA 준수 공식 양식을 작성하는 것이었습니다. 그러나 이 양식은 선택 사항을 유의해야 합니다. 이 양식은 온라인으로 기입하고 자필 서명을 위해 다운로드하거나, 다운로드한 후에 완전한 종이 문서 형식으로 기입할 수 있습니다.

승인 만료 날짜 또는 이벤트를 요청하는 11 조항 기입 시, 양식을 작성하는 사람은 "법원 소송의 결론에 따라"와 같은 이벤트를 지정하거나 "이 날짜로부터 3년"과 같은 특정 기간을 제시할 수 있습니다.

환자가 특정 날짜로부터 시작하는 전체 의료 기록만 공개를 승인하고자 하는 경우, 9(a) 조항의 첫 번째 두 항목을 모두 선택하고 첫 번째 확인란을 포함하는 첫 번째 줄에 관련 날짜를 삽입해야 합니다.