

보호된 건강 정보의 사용 및 공개 표준 허가서

고객 정보

성명: _____

주소: _____

가 시 주 우편번호
주택 전화: _____ 직장 전화: _____

생년월일: _____ 사회보장 번호: _____

사용 혹은 공개될 정보

본인은 Cedar River Clinics 에서 제공하는 의료 서비스의 결과에 따라 필요할 수도 있는 본인의 의료 기록을 어떠한 진료인에게 라도 Cedar River Clinics 가 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 Cedar River Clinics 에서 서비스를 받은 후, 어떠한 진료인에게 라도 필요한 서비스에 대하여 Cedar River Clinics 에게 완전한 본인의 의료기록을 공개할 것을 허가합니다. 의료기록은, 본인이 서면으로 확실히 표현하지 않는한, 성병, 약물 남용 혹은 정신 건강 상태 등에 관한 치료 및/또는 검사를 포함한 모든 치료 상황에 관한 정보입니다.

본인은 Cedar River Clinics 가 이하 사항을 제외한 상기 명시된 정보를 공개하는 것을 허가합니다:

허가서 만료일

본 허가서는 고객 또는 고객의 개인 대리인에 의하여 취소되거나 종결되지 않는 이상 ____/____/____ 일 까지 유효합니다.

허가서를 철회하거나 취소할 권리

귀하는 Cedar River Clinics 에 서면으로 취소문을 제출하여 본 허가서를 취소하거나 철회하실 수 있습니다. 본 허가서를 철회하시려면 Cedar River Clinics 사생활 보호 담당관에게 연락하셔야 합니다.

재공개 가능성

본 허가서에 따라 공개된 정보는 기록이 우송된 개인 또는 기관에 의하여 다시 공개될 수도 있습니다. 본 정보에 관한 개인 사생활에 관한 정보는 연방정부 사생활 보호 법령 하 보호되지 않을 수도 있습니다.

서명

고객 성명

서명 _____ 날짜 _____

고객 대리인 서명 _____

고객과의 관계 _____