

음주/약물남용 치료 기록
관련
개인 식별 정보 공개 동의서
보험 혜택
수령용

철회일자: _____ 담당자 이니셜: _____

환자 성	이름	중간 이니셜
케이스 번호		
시절	유닛	

지시사항: 본 양식의 사본을 환자에게 제공해 주십시오. 원본은 보관해 주십시오.

환자 개인 식별 정보 공개에 관한 동의서

공개될 정보의 범위 또는 속성

본인 _____은(는) 이로써 _____, 뉴욕 주 알코올 및 약물남용서비스처(New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), 뉴욕 주 보건부(New York State Dept of Health), 뉴욕 주 보험부(New York State Insurance Dept), 뉴욕 주 검찰총장(New York State Attorney General) 및 담당 보험사가 본 프로그램을 통해 본인이 수령한 서비스에 대한 청구서 발송, 보험 혜택 및 환급 문제와 관련된 필수 임상 정보를 포함한 보험 청구, 혜택 및 환급과 관련된 정보를 공개하고 서로 공유할 수 있도록 허가합니다.

공개 목적 또는 용도

뉴욕 주 알코올 및 약물남용 서비스처, 뉴욕 주 보건국, 뉴욕 주 보험부, 뉴욕 주 검찰총장이 본인과 본인의 담당 약물 치료 제공자가 제공된 서비스에 대한 보험 혜택 및 환급을 위한 정보에 접근할 수 있도록 지원하도록 허용하기 위함입니다.

서명인 본인은 상기 내용을 확인했으며 _____ 담당자, 뉴욕 주 알코올 및 약물남용 서비스처, 뉴욕 주 보건국, 뉴욕 주 보험부, 뉴욕 주 검찰총장 및 본인의 보험사가 명시된 정보를 공개하고 획득할 수 있도록 허가하는 바입니다. 본인은 본 동의서에 근거하여 이미 공개가 이루어진 경우 및 본 동의서가 다음과 같이 자동으로 만료된 경우를 제외하고 언제든지 서면으로 통해 본 동의를 철회할 수 있습니다.

_____ 보험 청구서 발송, 혜택 및 환급 관련 문제가 해결됨 또는

_____ (동의서 철회 및/또는 만료가 가능한 다른 시기를 상세히 명시)

또한 모든 식별 정보의 공시/공개는 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 기밀성을 관장하는 연방 법규집 42 CFR 파트 2의 표제 42(Title 42 of the Code of Federal Regulations 42 CFR Part 2)뿐만 아니라, 건강보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)) 45 C.F.R. Pts. 160 및 164의 구속을 받고 있으며, 상기 명시된 이외 기관으로의 정보 재공개는 본인의 추가적인 서면 승인 없이는 금지되어 있음을 이해합니다.

참고:

본 양식을 통해 공개되는 여하한 정보는 알코올 중독/약물남용 환자 관련 기록 재공개 금지(Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Alcoholism/Drug Abuse Patient) 양식을 함께 동반해야 합니다.

본인은 또한 본 동의서 서명 여부가 치료에 영향을 주지 않을 것임을 잘 알고 있습니다. 본인은 아래 서명으로 인정하는 바와 같이, 본 양식의 사본을 수령하였습니다.

_____ (환자 서명)

_____ (환자/보호자 서명, 필요 시)

_____ 환자 성명(정자체)

_____ (부모/후견인 이름, 정자체)

_____ (날짜)

_____ 날짜

환자를 대리해 서명할 권한을 가진 사람에 대해 기재 _____