

고객 정보		
성:	이름:	중간 이니셜:
케이스 번호:	SSN:	생년월일:

어떻게 연락을 드릴까요?			
전화번호:	주소:	시/주:	우편번호:
고객이 아닌 경우:			
이름(정자체):		고객과의 관계 표시:	

정보를 공유할 수 있는 사람:		
개인 또는 단체의 이름:		전화번호:
주소	시/주:	우편번호:
요청 목적:		

정보를 수신할 수 있는 사람		
개인 또는 단체의 이름:		전화번호:
주소	시/주:	우편번호:

공유할 수 있는 정보	
<input type="checkbox"/> 청구 기록 전체	<input type="checkbox"/> 예방접종 기록
<input type="checkbox"/> 기록진단 정보	<input type="checkbox"/> 실험실 결과
<input type="checkbox"/> 퇴원 기록	<input type="checkbox"/> 약물 정보
<input type="checkbox"/> 약물/알코올	<input type="checkbox"/> 정신 건강 기록
<input type="checkbox"/> 치료 정보 HIV/AIDS 혈액	<input type="checkbox"/> 사진/비디오
<input type="checkbox"/> 검사 결과 및	<input type="checkbox"/> 치료/서비스 정보
이에 대한 모든 참조	<input type="checkbox"/> 기타: _____

승인의 의미

민감한 정보: 기록에는 성병, 후천성 면역결핍 증후군(AIDS) 또는 인간 면역결핍 바이러스(HIV)와 관련된 정보가 포함될 수 있습니다. 또한 여기에는 행동 또는 정신 건강 서비스 또는 알코올 및 약물 남용 치료에 대한 정보도 포함될 수 있습니다.

철회의 권리: 귀하는 언제든지 이 승인을 취소할 권리가 있습니다. 이 승인을 취소하려면 서면으로 취소해야 합니다. 귀하의 철회 요청은 이미 공개된 정보에는 적용되지 않습니다.

공개 기간: 승인이 효력을 발휘하는 시작일 및/또는 종료일(또는 이벤트)을 지정할 수 있습니다. 이는 기록이 귀하가 지정한 날짜 사이에만 공유됨을 의미합니다.

이 승인은 다음 시작일에 시작됩니다. _____

- 시작일을 지정하지 않으면 이 승인은 서명된 날짜에 효력이 발생합니다.

이 승인은 다음 종료일 또는 이벤트에 만료됩니다. _____

- 종료일 또는 이벤트를 지정하지 않으면 이 승인은 서명일로부터 1년 후에 만료됩니다.

재공개: 보호 대상 건강 정보를 법적으로 기밀을 유지해야 할 의무가 없는 사람에게 공개하도록 승인한 경우, 해당 정보는 재공개될 수 있으며 더 이상 보호되지 않습니다.

기타 권리:

1. 이 정보의 공개를 승인하는 것은 자발적입니다. 귀하는 이 승인에 서명하는 것을 거부할 수 있습니다. 치료를 받기 위해 이 양식에 서명할 필요는 없습니다. 그러나 연구시험 참여를 위해 이 승인이 필요한 경우 연구시험 참여 등록이 거부될 수 있습니다.
2. 귀하는 45 미국연방규정집 섹션 164.524에 규정된 대로 사용 또는 공개될 정보의 사본을 열람하거나 얻을 수 있습니다.
3. 귀하는 이 승인서의 사본을 받을 권리가 있습니다. 이 승인서의 사본을 원하십니까?
 예 아니요
4. 귀하의 개인정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 개인정보 보호 관행 고지를 참조하십시오.
 저희의 웹 사이트(www.cosdcompliance.org) 또는 개인정보 보호 책임자에게 619-338-2808 또는 PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524로 문의하십시오.

서명

서명:

날짜: