



# 멀트노마 카운티

보건부  
행동 보건부(BHD)  
209 SW 4<sup>th</sup> Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204  
전화: 503-988-8238      팩스: 503-988-4015

## 정보 공개 승인 AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

본인은 행동 보건부에 아래의 개인/조직과 다음 정보를 교환하고 공개할 권한을 부여합니다. 해당되는 모든 상자에 표시하고 완전한 이름과 주소를 제공하십시오:

<input type="checkbox"/> 정보 교환 상대:	개인/조직: _____
<input type="checkbox"/> 건강/약물 기록 공개 상대:	연락 담당자/주의: _____
<input type="checkbox"/> 건강/약물 기록 제공자:	주소: _____
<input type="checkbox"/> 구두 정보 교환 상대:	시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
	전화: _____ 팩스: _____

목적: 본인은 다음과 같은 이유로 건강 정보의 교환 또는 공개를 승인합니다:

진료 조정       치료       지불       기타: \_\_\_\_\_

교환 또는 공개할 정보:

나의 모든 건강 정보  
 나의 모든 치료 정보  
 특정 문서/정보:

아래 공간에 표시함으로써 본인은 다음 건강 정보가 존재하는 경우 공개하는 것을 구체적으로 승인합니다:

약물/알코올 진단, 치료 또는 위탁 정보       유전자 검사 정보       HIV/AIDS 관련 기록  
 정신 건강 정보

이 권한은 1년 또는 (날짜 또는 이벤트 삽입)에 만료됩니다. \_\_\_\_\_

### 고객 승인 및 동의

본인은 연방법/주법에 의해 금지되거나 나의 특정 동의가 필요한 경우를 제외하고 수신자가 받은 정보를 다시 공개할 수 있음을 이해합니다. 본인은 수취인이 내 정보를 다시 공개하면 법에서 제공하는 개인정보 보호가 상실될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 약물 남용 장애 치료 기록이 약물 남용 장애 환자 기록의 기밀성을 관리하는 연방 규정(42 CFR 파트 2)에 따라 보호 받을 수 있으며 법률에서 달리 허용하거나 요구하지 않는 한 본인의 서면 동의 없이는 다시 공개할 수 없음을 이해합니다. 본인이 중개자를 지명한 경우 중개자는 확인된 치료 제공자에게 내 약물 사용 장애 정보를 다시 공개할 수 있으며 본인은 중개자에게 직접 재공개 목록을 요청할 수 있습니다.

본인은 BHD 직원에게 언제든지 서면으로 본 승인을 철회할 수 있습니다. 본인은 본 승인에 대한 대응으로 이미 공개된 정보에는 철회가 적용되지 않음을 이해합니다. 본인은 본 승인서에 서명하는 것이 치료, 지불, 등록 또는 혜택 자격을 받기 위한 조건이 아님을 이해합니다.

_____	_____	_____
개인/법적 보호자의 서명	정자체 이름	날짜
<b>철회: 본인은 더 이상 내 건강 정보의 교환 또는 공개를 승인하지 않습니다.</b>		
_____	_____	_____
개인/법적 보호자의 서명	정자체 이름	날짜/시간
직원 전용		
<input type="checkbox"/> 구두(전화 또는 기타)로 철회된 개인/법적 보호자: _____		
_____	_____	_____
MHASD 직원 서명/자격 증명	정자체 이름	날짜/시간