물질이용장애(Substance Use Disorder, SUD) 서비스를 위한 정보 공개(Release of Information, ROI)

Washington State Health Care Authority

본인, _____ (수혜자 이름), _____ (생년월일) 은(는) _____ (제공자/조직) 을(를) 다음에 공개할 것을 승인합니다.

기관 이름/헬스케어 제공자

연락처 정보

다음 정보의 전달 및 상대방에게 공개: (정보의 성격, 최대한 제한적으로)

해당하는 각 항목에 이니셜을 기입하십시오.

- ☐ 인구통계
- ☐ 혈중 알코올 농도
- ☐ 시험실 및 기타 진단 시험 결과
- ☐ 평가/선별 결과
- ☐ 약품
- ☐ 퇴원 요약
- ☐ 소변검사 결과
- ☐ Tx 상태/준수
- ☐ Tx 권고
- ☐ 출결사항
- ☐ 고용 관련 정보
- ☐ 교육 및 훈련 관련 정보
- ☐ 기타:

본 공개의 목적: (수혜자 요청, 서비스 조정, 서비스 결제 등의 사유 입력)

본인은 본인의 알코올 및/또는 약물 치료 기록이 알코올 및 약물 남용 환자 기록 기밀 유지(Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records)에 대한 연방 규정 42 Code of Federal Regulations (CFR) Part 2, 1996 건강보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 45 CFR, Parts 160 및 164에 따라 보호를 받으며 규정에서 별도로 정하지 않은 한 본인의 서면 동의 없이 공개할 수 없음을 이해합니다. 또한 본인이 승인한 기밀정보공개 승인서에 따라 이미 취해진 조치를 제외하고는 언제든지 본 승인서를 취하할 수 있으며, 다음의 경우에 자동적으로 본 승인이 만료됨을 이해합니다.

본 승인서가 만료되는 날짜, 사건, 또는 조건을 명시하십시오. 해당하는 각 항목에 이니셜을 기입하십시오.

- ☐ 본인의 생활 보호/의료 지원 혜택이 중단되는 날짜, 또는
- ☐ 기타: (법률에 의해 규정된 경우 더 빠른 날짜를 기입하십시오)

_____ 환자 서명 날짜

_____ 환자, 보호자 또는 공식 대리인(필요한 경우) 서명 날짜

알코올 또는 약물 치료 정보의 공개 금지 고지
기밀 정보의 재공개 금지

이 고지사항은 수혜자의 동의를 받아 귀하에게 제공된 알코올/마약 치료 수혜자에 관한 정보를 공개하는 것을 수반합니다. 귀하에게 제공된 이 정보는 연방기밀정보규정(42 CFR Part 2)에 의해 보호된 정보입니다. 연방정부 규정은 해당 정보 당사자가 서면 동의서로 정보 공개 허용 의사를 표명하거나 42 CFR Part 2에서 허용하는 경우를 제외하고 이 정보를 다른 곳으로 공개하는 것을 금지합니다. 의료 또는 기타 정보 공개를 위한 일반 승인서는 이런 목적으로 금지된 정보의 공개를 승인하기에 **불충분합니다.** 연방정부 규정은 알코올이나 약물 남용 환자 형사 조사 또는 기소를 위해 해당 정보를 사용하는 것을 금하고 있습니다.