

# 헬스 홈 참여 승인 및 정보 공유 동의서

1

## 참여 승인

\_\_\_\_\_ 본인은 다음과 같이 헬스 홈 프로그램에 참여하는데 동의합니다 \_\_\_\_\_  
수혜자 이름(정자체로 기재) 헬스 홈 수석 이름(정자체로 기재)

\_\_\_\_\_ 수혜자 서명 또는 수혜자의 법적 대리인 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

2

## 정보 공유 동의서

귀하의 건강 정보는 비공개이며 귀하께서 동의하시거나 워싱턴주 또는 연방 법률에 따라 정보 공유가 허용되는 경우가 아니면 다른 사람에게 제공할 수 없습니다. 귀하의 건강 정보를 입수하고 조회할 수 있는 의료진/제휴 기관은 이러한 모든 법률을 준수해야 합니다. 이는 귀하의 건강 정보가 컴퓨터 시스템에 저장된 파일 서류이든 종이 서류이든 똑같이 적용됩니다. 모든 유형의 건강 정보에 적용되는 법률에 더하여 특정 법률은 성 매개 감염 질병, 정신건강 치료, 물질 사용 장애 관련 정보를 더 강력하게 보호합니다.

**본인은 헬스 홈이 본인의 건강관리를 조정하기 위해 본 양식에 열거된 의료진/제휴 기관으로부터 본인의 건강 정보 일체를 획득할 수 있다는 데에 동의합니다.** 본인은 Health Home과 본 양식상에 열거된 의료진/제휴 기관이 본인의 건강 정보를 서로 공유할 수 있으며, 건강관리와 관련된 다른 서비스 제공자/제휴 기관과도 정보를 공유할 수 있다는 것에 동의하는 바입니다. 본인은 본 동의서가 이전에 서명했을 수도 있는 다른 헬스 홈 참여 승인 및 정보 공유 동의서 양식들을 대체한다는 점을 잘 알고 있습니다. 본인이 마음을 바꾸어 **헬스 홈 참여 거부/거절 서비스(Health Home Participation-Opt-Out/Decline Services)** 양식에 서명하고 그 양식을 헬스 홈에 제출하면 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다.

**다음을 확인해주시오.** 귀하의 건강 기록에 다음과 같은 정보가 들어있는 경우, 다음 기록이 포함되도록 본 섹션도 작성하셔야 합니다.

본인은 다음에 대한 정보를 공개하도록 허용합니다(해당하는 모든 사항 옆에 이니셜을 기입해주시오).

\_\_\_\_\_ 정신건강 \_\_\_\_\_ HIV/AIDS 및 STD 검사 결과, 진단 또는 치료

**참고:** 알코올 또는 약물 치료에 관한 기밀 정보를 공개하는 것에 동의하려면 별도의 물질 이용 장애(SUD)에 대한 정보공개(ROI) 서비스양식을 작성해야 합니다.

아래의 해당 보기에 이니셜을 기입해주시오.

본 동의 유효 기간: \_\_\_\_\_ 본인의 Health Home에서 이 프로그램을 위해 기록을 필요로 하는 기간까지

\_\_\_\_\_ 발생 시까지

\_\_\_\_\_ 날짜나 이벤트

본 동의서는 언제든지 본인이 서면으로 취소 또는 철회할 수 있으나, 그러한 경우에도 이미 공유한 정보에는 영향을 미치지 않습니다. 본 동의서의 사본은 기록 공유를 수락하는 것과 동일한 효력을 지닙니다.

\_\_\_\_\_ 수혜자명(정자체로 기재)

\_\_\_\_\_ 수혜자 생년월일

\_\_\_\_\_ 수혜자 서명 또는 수혜자의 법적 대리인 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

\_\_\_\_\_ 법적 대리인명(해당되는 경우 정자체로 기재)

\_\_\_\_\_ 수혜자와 법적 대리인과의 관계

**2 페이지에 귀하의 의료진/제휴 기관을 열거해주시오.**



## 수혜자 정보 공유 및 동의 절차에 대한 세부 사항:

### 1. 의료진/제휴 기관이 나의 정보를 어떻게 이용합니까?

의료진/제휴 기관은 귀하의 건강 정보를 활용하여 의료 서비스를 조정하고 귀하가 본인의 건강을 관리할 수 있도록 도울 것입니다.

### 2. 나의 건강 정보는 어디에서 제공됩니까?

귀하의 건강 정보는 과거에 귀하에게 의료 서비스 또는 건강 보험을 제공한 기관 및 개인들로부터 얻은 것입니다. 여기에는 병원, 의사, 약국, 검사실, 의료 보험, Washington Apple Health(Medicaid) 프로그램 및 건강 정보를 공유하는 기타 단체들이 포함될 수 있습니다. 건강관리 조정관에게 전화하면 해당되는 모든 기관과 개인 목록을 얻을 수 있습니다.

### 3. 나의 건강 정보 공유 방법에 적용되는 법률과 규정은 무엇입니까?

귀하의 건강 정보를 보호하는 법률과 규정으로는 워싱턴주의 Chapter 70.02 RCW, 연방 건강보험 정보의 이전 및 그 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"), 및 연방 규정 42 CFR Part 2 등이 있습니다.

### 4. 내가 동의할 경우 나의 정보를 입수하고 볼 수 있는 사람은 누구입니까?

귀하의 정보는 귀하께서 정보 입수와 열람에 동의하신 의료진/제휴 기관에서 입수하고 볼 수 있습니다. 또한 준거법에서 허용한 경우에도 정보를 입수하거나 열람할 수 있습니다. 예를 들어 귀하께서 새로운 약국, 병원이나 기타 의료진과 같이 평상시 의사 또는 서비스 제공자가 아닌 사람으로부터 건강관리서비스를 받을 때, 그들 또한 귀하의 의료 보험 지불 내역 또는 헬스 홈 제공자명과 같은 일부 정보를 제공받거나 볼 수 있습니다. 누가 정보를 입수할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 개인 정보 보호 관행 통지서(Notice of Privacy Practices)를 참조하십시오.

### 5. 내가 정보 사용에 동의하지 않은 어떤 개인이 나의 정보를 이용한 경우는 어떻게 됩니까?

한 개인이 귀하의 정보를 부적절하게 이용했다고 생각하신다면 귀하의 사례 조정관에게 전화하시거나 HCA Medical Assistance Customer Service Center (HCA 의료 고객 서비스 센터, MACSC) 무료전화 1-800-562-3022 (TRS: 711)로 전화해주십시오.

### 6. 동의서의 의료진/제휴 기관 목록을 변경하려면 어떻게 해야 합니까?

의료진/제휴 기관 정보를 추가하고 그 옆에 있는 "수혜자 동의" 열을 작성하면 언제든지 목록에 새 이름을 추가할 수 있습니다. 이전에 추가한 의료진/제휴 기관 옆에 있는 "수혜자 철회 동의서" 열을 작성하면 포함시키고 싶지 않은 사람을 삭제할 수 있습니다.

### 7. 나중에 생각이 바뀌어 동의를 취소하려면 어떻게 해야 합니까?

귀하는 언제든지 헬스 홈 참여 거부/거절 서비스(Health Home Participation-Opt-Out/Decline Services) 양식에 서명하여 건강관리 조정관에게 제출하셔서 동의를 취소하실 수 있습니다. 본 양식은 온라인으로 구하거나 HCA Medical Assistance Customer Service Center(의료 지원 고객 서비스 센터, MACSC) 무료 전화 1-800-562-3022 (TRS: 711)로 전화해주십시오. 원하시면 귀하의 건강관리 조정관이 본 양식의 작성을 도와 드릴 것입니다.

**참고:** 주의: 귀하께서 동의를 철회하기로 결정하더라도, 이미 귀하의 정보를 가지고 있는 제공자들의 경우, 귀하에게 해당 정보를 돌려주거나 자신들의 기록에서 제외시켜야 하는 것은 아닙니다.

### 8. 본 헬스 홈 참여 승인 및 정보 공유 동의서 사본은 언제 받을 수 있습니까?

서명하신 후 사본을 받으실 수 있습니다.