



CalOptima Health의 타인 또는 기관에 보호 건강 정보(PHI) 공개 허가

CalOptima Health가 타인 또는 기관에 귀하의 보호 건강 정보(PHI, protected health information)를 공개할 수 있도록 이 양식의 **모든** 항목을 작성해 주십시오. 이 양식은 CalOptima Health가 보유하고 있는 PHI 중 아래 섹션 B 에서 귀하가 승인한 PHI **만** 공개하도록 허용합니다. 이 양식은 다른 사람이 귀하를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있도록 허용하지 않습니다.

섹션 A: 회원/환자 정보

이름 _____ 성 _____ 생년월일 _____
우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
전화번호 _____ CIN 번호: _____

섹션 B: 공개될 수 있는 정보

지침: 선택하신 옵션(들) 옆의 박스에 X 표시를 하십시오.

본인은 CalOptima Health가 보호된 건강 정보(PHI)를 다음 기간동안 공개하는 데 동의합니다:
_____부터 _____:
(월/일/년도) (월/일/년도)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 사례 관리 기록 | <input type="checkbox"/> 건강 교육부/질병 관리부 기록s |
| <input type="checkbox"/> 청구 기록 | <input type="checkbox"/> 의뢰/승인 기록 |
| <input type="checkbox"/> 고객 서비스 기록 | <input type="checkbox"/> 약국 기록 |
| <input type="checkbox"/> 불만 및 항소 기록 | <input type="checkbox"/> 이용 관리 기록 |

*다음 민감한 정보는 해당 확인란을 선택하고 아래 이니셜을 기입하는 경우에만 공유됩니다.

이니셜

- ☐ 심리 치료 기록 **만**. 이 기록은 치료 세션의 내용을 기록하거나 분석하는 기록입니다. **
- ☐ 정신/행동 건강 정보.
- ☐ 약물 사용 장애 정보.
- ☐ 성매개 감염 정보(HIV/AIDS 포함).
- ☐ 성/생식 건강 정보(가족 계획 및 성 정체성 관련 의료 서비스 포함).
- ☐ 성적 또는 신체적 학대 정보(친밀한 파트너 폭력 포함).
- ☐ 12세 이상 미성년자: 감염성, 전염성, 전염성 질환 또는 성매개 질환 관련 서비스.

**위 정보는 이니셜로 동의하지 않는 한 공개되지 않습니다.

**심리 치료 기록 외 다른 정보를 공개하려면 심리 치료 기록 공개에 대한 별도의 승인을 제출해야 합니다.

섹션 C: 승인의 목적

본인은 다음 목적으로 이 정보를 공개하는 것을 허용합니다:

- ☐ 개인적 용도
- ☐ 법률
- ☐ 보험
- ☐ 기타 (자세히 명시):



섹션 D: PHI를 받을 수 있는 개인 또는 기관

본인은 CalOptima Health가 아래 개인 또는 기관에 본인의 PHI를 공개하는 데 동의합니다. 본인은 이 양식에 서명하고 제출한 후 이 승인이 시작됨을 알고 있습니다. 정보를 받는 사람은 만 18세 이상이어야 합니다.

개인/기관 이름(들): _____

회원/환자와의 관계: _____ 전화번호: _____

섹션 E: 귀하의 권리

- 본인은 언제든지 다음 주소로 서면 통지를 보내 이 승인을 중단할 수 있습니다:
CalOptima Health
Attn: Enrollment & Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- 본 승인 중단 통지는 CalOptima Health가 본인의 서신을 받기 전에 본인의 PHI를 사용하거나 공개한 방식을 변경하지 않습니다.
- CalOptima Health로부터 본인의 PHI를 받은 개인 또는 기관은 이를 타인에게 공개할 수 있습니다. 이 경우, 본인의 PHI는 더 이상 HIPAA 개인정보 보호 규정의 보호를 받지 못할 수 있습니다.
- 본인은 이 양식을 작성할 필요가 없습니다. 본 양식을 작성하지 않더라도 본인의 의료 혜택이나 의료 서비스 비용 지급에 변경이 발생하지 않을 것입니다.
- 본 승인에 따라 사용 또는 공개되는 본인의 PHI를 열람하거나 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 본인은 이 양식의 사본을 받을 권리가 있습니다.

섹션 F: 승인의 마감 날짜

명시된 개인 또는 기관에게의 정보 공개 허가는 다음 날짜에 종료됩니다:

_____ (구체적인 날짜 또는 행사 그러나 본 양식에 본인이 서명하고 제출한
날로부터 1년을 초과해서는 안 됩니다).

****종료일 또는 행사를 명시하지 않으면 승인이 유효하지 않습니다. ****

섹션 G: 서명

본인은 유효한 정부 발급 신분증(ID), 법적 권한이 명시된 서류의 사본 또는 공증을 받은 서명 양식이 포함되어야만 본인의 요청을 처리할 수 있다는 사실을 이해합니다.

아래에 서명함으로써 본 양식을 읽고 의미를 이해했음을 진술합니다.

회원/대리인 서명

날짜

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

부모/보호자 인쇄체 이름: _____ 관계: _____

개인 대리인만 해당: 어떤 권리로 작성된 건강 정보를 요청하십니까?

인쇄체 이름: _____

☐ 후견인

☐ 의료 위임장

☐ 유언 집행자

☐ 기타 _____

☐ 재산 관리인

참고: 본인이 유산 후견인, 유언 집행자 또는 해당 개인의 의료적 의사 결정권이 있음을 증명하는 법적 문서를 첨부해야 합니다.

이 양식을 CalOptima Health 에 우편으로 제출하십시오:

Attn: Enrollment & Reconciliation

505 City Parkway West

Orange CA 92868

팩스: 1-714-481-6457

종료

For CalOptima Health Use Only:

Staff Name: _____ How was identity verified? ☐ In person ☐ Phone

Signature: _____ Date Verified: _____