DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

기밀 건강 정보 동의서 또는 철회서

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

수혜자 이름(정자체로 기입)	수혜자 생년월일

귀하는 FWB(Fostering Well-Being) 프로그램에 의뢰되었으므로, 저희 프로그램에서는 귀하와 귀하의 치료에 관계된 사람들이 귀하의 건강상에 필요한 사항을 파악하도록 도움을 줄 수 있습니다. 시설 보호를 받는 동안, 귀하의 의료 서비스 제공자와 치료에 관계된 사람들이 귀하의 건강 관리를 조율하기 위해 서로 소통하는 것이 중요합니다. 귀하의 건강 기록은 컴퓨터 시스템이나 서면으로 존재할 수 있으며 다음 정보를 포함할 수 있습니다.

- 피임 및 낙태와 같은 가족계획 서비스
- 기존에 '성 매개 질환(Sexually Transmitted Diseases, STD)' 이라고 불렸던 성 접촉을 통해 감염될 수 있는 성 매개 감염(Sexually Transmitted Infections, STI)이나 질병 및/또는 HIV/AIDS
- 정신/행동 건강 약물 및 서비스, 및/또는
- 물질 사용 장애 서비스

이러한 유형의 기밀 정보는 사적인 정보이므로, 귀하의 기밀 정보를 가지고 있는 관계자들은 귀하의 동의가 있거나 워싱턴주 법률에서 허용하는 경우를 제외하고는 이를 타인과 공유할 수 없습니다.

귀하가 본 양식에 서명하지 않더라도, FWB 프로그램의 서비스는 계속 받을 수 있습니다. **저희 프로그램에 위탁된 13 세가 넘는 모든 청소년의 경우, 본 양식에 언급된 기밀 정보 유형에 해당되는지 여부와 관계 없이 본 양식에 서명하기를 원하는지에 대해 질문을 받게 됩니다.**

본 동의서에 서명함으로써 본인은 본 양식에서 지정한 사람들이 본인의 개인 기밀 정보를 열람하고 공유할 수 있도록 허용하는 데 동의합니다. 그들은 본인의 건강 관리를 돕기 위해 서로 협의할 수 있습니다. 본인의 기밀 정보에는 현재 또는 과거에 발생했던 질병이나 상해에 대한 기록이 포함될 수 있습니다. 기록에는 검사 결과(X 레이 및 혈액 검사), 본인이 복용하고 있거나 과거에 복용했던 약물, 본인의 병원, 의료 서비스 제공자 또는 기타 진료소 및/또는 시설 방문 기록이 포함될 수 있습니다.

본인은 언제든지 본 양식에 서명하고 사례 관리자나 FWB 프로그램에 제출하여 본인의 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인이 동의를 철회하더라도 이미 공유된 정보에는 영향을 미치지 않습니다.

제 1 항:

본인은 FWB 프로그램이 아래에 표시된 본인의 기밀 정보를 수령하고 아동 청소년 가족부(Department of Children, Youth, and Families, DCYF) 사례 관리자 및/또는 부족 사회복지사, 본인의 현재 간병인, 생물학적 부모를 포함한 서비스 제공자 및 임상의와 공유할 것에 **동의합니다**.

☐ 의료, 생식 건강(예: 피임, 임신, 낙태), HIV/AIDS 및 STD/STI 검사 결과, 진단 또는 치료 기록(RCW 70.02.220), 정신건강 기록(RCW 70.02.230), 및 물질이용장애 기록(42 CFR Part 2) 등 본인의 모든 수혜자 기록.

또는(제 1 항이 작성되지 않은 경우, 제 2 항의 두 부분을 모두 작성해주십시오)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

기밀 건강 정보 동의서 또는 철회서

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

제 2 항: (2A 및 2B 항은 반드시 작성해야 합니다)

2A. 본인은 FWB 프로그램이 아래 표시된 본인의 건강에 관한 정보를 수령하고 아래 표시된 의료 서비스 제공자 / 파트너에게만 공유할 것에 **동의합니다**.

- ☐ HIV/AIDS 및 STD/STI 검사 결과, 진단 또는 치료(RCW 70.02.220)
- ☐ 생식 건강(피임 및 낙태와 같은 가족 계획 서비스)
- ☐ 정신건강기록(RCW 70.02.230)
- ☐ 물질이용 장애 기록(42 CFR, 2 부)

2B. FWB 프로그램이 귀하의 기록을 공유할 수 있는 의료 서비스 제공자 / 파트너(해당 항목에 모두 체크):

- ☐ 의료 제공자
- ☐ 현재 DCYF 사회복지사 및/또는 부족 사회복지사
- ☐ 생식건강 서비스 제공자
- ☐ 현재 간병인 / 위탁 부모 / 친족 간병인
- ☐ 제공자 임상의
- ☐ 생물학적 부모(성과 이름 등록):
- ☐ 기타(기재 요망):

본인은 또한, 본 양식상에 열거된 관계자들끼리는 본인의 기밀 정보를 서로 공유할 수 있으나, 본 양식상에 열거되지 않은 타인과는 공유할 수 없다는 점에도 **동의합니다**. 본인이 마음을 바꾸어 **아래 상자에 체크하고(새로운 DSHS 10-489 이용), 서명하여** 담당 사회복지사 또는 FWB 프로그램에 제출하면 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 본인이 동의를 철회하더라도 이미 공유된 정보에는 영향을 미치지 않습니다. 이니셜: _____

본인이 사전에 철회하지 않는 한, 위의 특정 정보는 더 이상 위탁 보호를 받지 않을 때까지, 또는 까지 유효합니다. _____.
만료일

☐ 본인은 동의를 철회합니다. 다음 서명란을 작성해주십시오.

수혜자 또는 수혜자의 법적 대리인 서명	날짜

법적 대리인의 이름(인쇄체로 기입)	수혜자와 법적 대리인과의 관계

수신자에게 알리는 통지: 귀하에게 공개된 이 정보는 연방 기밀 정보 규정(42 CFR 파트 2)에 의해 보호되는 기록에서 나온 것입니다. 연방 규정은 해당 정보 당사자가 서면 동의서로 정보 공개를 명시적으로 허용하거나 42 CFR 파트 2 에서 달리 허용하는 경우를 제외하고 이 정보를 다른 곳으로 공개하는 것을 금지합니다. 의료 또는 기타 정보 공개를 위한 일반적인 승인은 이러한 목적에 충분하지 **않습니다**.