

## 기밀 건강 정보 동의서

### Confidential Health Information Consent Agreement

수혜자 이름(정자)

수혜자 생년월일

귀하는 **FWB (Fostering Well-Being)** 프로그램의 위탁 보호 대상이므로, 저희 프로그램에서는 귀하를 비롯해 귀하의 치료에 관계된 사람들이 귀하의 건강상에 필요한 사항을 파악하도록 도움을 줄 수 있습니다. 가정 외 배치 중에는 귀하의 의료 서비스 제공자와 귀하의 치료에 관계된 사람들이 귀하의 건강 관리를 조정하기 위해 서로 상의할 수 있다는 것이 중요합니다. 경우에 따라 귀하의 건강 기록이 컴퓨터 시스템에 저장되거나 문서로 보관될 수 있으며, 여기에는 다음과 같은 정보가 포함될 수 있습니다:

- 피임 및 낙태와 같은 가족계획 서비스
- 과거 '성병(STD)'으로 알려졌으며 성관계를 통해 감염될 수 있는 성 매개 감염(STI) 및/또는 HIV/AIDS
- 정신 건강 치료 및 서비스
- 약물 의존 서비스

이러한 유형의 건강 정보는 사적인 정보이기 때문에, 귀하의 건강 정보를 가지고 있는 관계자들은 귀하의 동의가 있거나 워싱턴주 법률에서 허용하지 않은 한, 이러한 건강 정보를 타인에게 제공할 수 없습니다.

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

본 동의서에 서명함으로써 본인은 본 동의서에서 확인한 사람들에게 본인의 개인 기밀 의료정보를 열람할 권한을 주는 데 동의합니다. 이들은 본인의 건강 관리를 돕기 위해 상의할 수 있습니다. 기밀 의료정보에는 본인이 현재 보유하고 있거나 과거 보유했던 질병 또는 부상에 관한 기록이 포함될 수 있습니다. 건강 기록에는 검사 결과(예: 엑스레이 또는 혈액 검사), 현재 또는 과거 복용했던 의약품, 병원이나 의료 서비스 제공자의 사무소 또는 다른 병원 및/또는 시설 내원 기록이 포함될 수 있습니다.

#### 섹션 1:

본인은 **FWB** 프로그램이 아래 표시된 의료 및 정신 건강 케어 서비스 제공자들로부터 본인의 정보를 받아 공유하는 데 동의합니다. 서비스 제공자에는 **DCYF (Department of Children, Youth, and Families)** 사회복지사 및/또는 관련 기관의 사회복지사, 현재 간병인, 생물학적 부모가 포함됩니다.

- 생식 건강(즉, 피임, 임신, 및 낙태), HIV/AIDS 및 STD/STI 검사 결과, 진단 또는 치료 기록 (RCW 70.02.220), 정신 건강 기록(RCW 70.02.230), 약물 의존(CD) 기록(42 CFR, 2 부) 등 수혜자 본인의 모든 기록을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다.

또는 (섹션 1이 작성되지 않은 경우 아래 섹션 2의 두 부분을 모두 완료하시기 바랍니다)

**섹션 2: (섹션 2A 및 2B 를 모두 작성해야 합니다)**

**2A.** 본인은 **FWB** 프로그램이 아래 표시된 의료 서비스 제공자/파트너에 한해 본인의 건강 정보를 받아 공유하는 데 동의합니다

- HIV/AIDS 및 STD/STI 검사 결과, 진단 또는 치료 기록(RCW 70.02.220)
- 생식 건강(피임 및 낙태와 같은 가족계획 서비스)
- 정신건강기록(RCW 70.02.230)
- 화학물 의존(CD) 기록(42 CFR, 2 부)

**2B. FWB 프로그램이 본인의 건강 기록을 공유할 수 있는 의료 서비스 제공자/관계자 (해당 항목에 모두 표시):**

- 의료서비스 제공자                       현재 DCYF 및/또는 관련 기관의 사회복지사
- 생식 건강 서비스 제공자               현재 간병인/양부모/친족 관계에 있는 간병인
- 정신 건강 서비스 제공자
- 생물학적 부모(전체 이름 명시):
- 기타(구체적으로 명시):

본인은 또한, 본 양식상에 열거된 관계자들끼리는 본인의 건강 정보를 서로 공유할 수 있으나, 본 양식상에 열거되지 않은 타인과는 공유할 수 없다는 점에도 동의합니다. 본인이 마음을 바꾸어 동의 철회 양식(Withdrawal of Consent Form)에 서명하고 그 양식을 담당 사회복지사 또는 FWB 에 제출하면 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 본인이 동의를 철회하더라도 이미 공유된 정보에는 영향이 미치지 않습니다. 이니셜: \_\_\_\_\_

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

만기일	날짜
수혜자 또는 수혜자의 법적 대리인 서명	
법적 대리인의 이름(인쇄체로 기입)	수혜자와 법적 대리인과의 관계

**정보 수령자 고지사항:** 귀하에게 공개된 이 정보는 42 CFR (미국연방규제법) 2 부의 연방기밀정보보호법에 의해 보호를 받는 기록물에 있는 정보입니다. 연방기밀정보보호법에 의거해 해당 정보 관계자가 서면 동의를 통해 명시적으로 허용하지 않은 한 또는 42 CFR, 2 부에서 허용하지 않은 한, 귀하는 이 정보를 더 이상 공개할 수 없습니다. 의료 또는 기타 정보를 공개하기 위한 일반 승인은 이 정보 공개에 충분하지 않습니다.