

뉴욕 주 보건부

건강 정보 교환 기관을 통한 환자 정보 접근 승인

환자 성명:	
환자 주소:	
생년월일:	
환자식별번호:	
의료 기관:	

본 동의서를 통해 귀하는 본 동의서에 설명되어 있는 대로 귀하의 치료 및 진료 정보의 접근에 대한 허가 여부를 결정하실 수 있습니다. 또한 상기 의료 기관이 건강정보교환기관 NY Care Information Gateway 를 통해 귀하의 의료 기록에 접근하는 것에 대한 허가 여부도 선택하실 수 있습니다. 동의하실 경우, 주 전역의 컴퓨터 네트워크를 통해 귀하가 건강 관리를 받으시는 다양한 장소의 의료 기록에 접근할 수 있습니다. NY Care Information Gateway 는 전자적으로 사람들의 건강 정보를 공유하는 비영리 조직이며, 뉴욕 주 법과 연방 건강보험 양도 및 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 개인정보보호 및 보안 기준을 준수합니다. 보다 자세한 정보를 원하시면 NY Care Information Gateway 웹사이트(www.NYCIG.org)를 방문해 주십시오.

귀하의 본 동의서 동의 여부는 향후의 의료활동에 어떠한 영향도 미치지 않습니다. 귀하의 본 동의서 동의 여부는 보험 회사가 귀하의 건강보험 제공 또는 의료비 지불 여부를 결정하기 위한 목적으로 귀하의 정보에 접근하는 것을 허가하지 않습니다.

<p>동의서 선택 항목. 선택 항목 중 하나를 골라 좌측 박스에 체크합니다.</p> <p>동의서는 지금 작성하시거나, 향후 작성하셔도 무방합니다.</p> <p>언제든지 새 동의서 양식을 작성해 결정을 변경하실 수 있습니다.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. 본인은 상기 의료 기관이 건강 관리를 제공하기 위해 NY Care Information Gateway 를 통해 본인의 모든 전자 건강 정보에 접근하는 것에 동의합니다.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. 본인은 상기 의료 기관이 그 어떤 목적으로도 본인 전자 건강 정보에 접근하는 것에 동의하지 않습니다.</p>

NY Care Information Gateway 에 참여하는 모든 의료 기관 및/또는 건강 보험이 NY Care Information Gateway 를 통해 귀하의 전자 건강 정보에 접근하는 것을 원치 않으시면 NY Care Information Gateway 웹사이트(www.NYCIG.org) 또는 전화(718-334-5844)를 통해 거부 의사를 표명하실 수 있습니다.

본인은 본 동의서 양식에 관한 질문에 응답을 받았으며, 본 동의서의 사본 한(1) 부를 제공받았습니다.

환자 또는 환자 법적 대리인의 서명	날짜
법적 대리인 서명(해당되는 경우)	법적 대리인과 환자의 관계(해당되는 경우)

NY Care Information Gateway 를 통해 접근되는 정보 세부 사항 및 동의 과정.

- 1. 귀하의 정보가 사용될 수 있는 서비스.** 귀하의 전자 건강 정보는 다음 건강 관리 서비스에서 **한해** 사용됩니다.
 - **치료서비스:** 귀하에게 의료적 치료 및 관련 서비스를 제공
 - **보험 자격 요건 확인:** 보험 유무, 보장 범위 확인
 - **치료 관리 활동:** 귀하가 적절한 치료를 받을 수 있도록 돕고, 귀하에게 제공되는 서비스의 품질을 향상시키며, 귀하에게 제공되는 여러 건강 관리 서비스를 조직하거나, 귀하가 치료 계획을 따르시는 것을 돕는 것을 포함하는 치료 관리 활동에 이용
 - **품질 개선 활동:** 귀하 및 모든 환자에게 제공되는 치료의 품질을 평가하고 개선.
- 2. 포함되는 정보의 유형.** 동의하시는 경우, 기재된 의료 제공 기관(들) 및/또는 건강 보험이 NY Care Information Gateway 를 통해 접근 가능한 모든 전자 건강 정보에 접근할 수 있습니다. 여기에는 본 동의서 서명일자 전후에 생성된 정보가 모두 포함됩니다. 귀하의 건강 기록에는 병력 또는 부상 이력(당뇨병 또는 골절), 검사 결과(엑스레이 또는 혈액 검사) 및 복용한 약품 목록이 포함될 수 있습니다. 또한 다음을 포함하는 민감한 건강 상태에 관한 정보가 들어갈 수 있습니다.
 - 알코올 또는 약물 사용 문제
 - 피임 및 낙태(가족 계획)
 - 유전적(선천적) 질병 또는 검사
 - 에이즈(HIV/AIDS)
 - 정신 건강 상태
 - 성병

알코올 또는 약물 남용 치료를 받으신 경우, 귀하의 기록에는 귀하의 알코올 또는 약물 남용 진단, 의약품 및 복용량, 검사실 테스트, 알레르기, 약물 사용 이력, 퇴원, 고용, 생활 환경 및 사회적 지원, 건강보험 보험금 청구 이력 관련 정보가 포함될 수 있습니다.
- 3. 건강 관련 정보 출처.** 귀하에 관한 정보의 출처는 귀하에게 치료를 제공한 병원 또는 건강 보험입니다. 여기에는 병원, 의사, 약사, 임상 실험실, 건강 보험, 메디케이드(Medicaid) 프로그램 및 전자적으로 건강 정보를 교환하는 기타 기관이 포함될 수 있습니다. 현행 목록 전체는 NY Care Information Gateway 에서 확인하실 수 있습니다. NY Care Information Gateway 웹사이트 www.NYCIG.org 또는 전화 718-334-5844 를 통해 언제든지 최신 목록을 얻으실 수 있습니다.
- 4. 동의할 경우 귀하의 정보에 접근할 수 있는 사람.** 귀하가 정보 접근에 동의한 기관(들)의 의사 및 직원 중 이 동의서 1 절에 기술된 바에 따른 활동을 실행하는 자로 국한됩니다.
- 5. 공공 의료 기관 및 장기 구독 기관의 접근.** 연방/주 또는 지역 공공 의료 기관과 특정한 장기 구독 기관은 특정 공공 의료 및 장기 이식의 목적으로 환자의 동의 없이도 건강 정보에 접근할 수 있도록 법적으로 인가되었습니다. 해당 기관들은 위의 목적으로 귀하의 본 동의서 동의 여부 또는 작성 여부와 관계없이 NY Care Information Gateway 를 통해 귀하의 정보에 접근할 수 있습니다.
- 6. 무단 정보 접근 또는 이용 시 처벌.** 귀하의 전자 건강 정보에 부적절하게 접근하거나 사용했을 경우 처벌을 받을 수 있습니다. 귀하에 관련된 정보를 보거나 접근해서는 안 되는 사람이 정보를 보거나 접근한 것으로 의심되는 경우, 의료 기관에 전화하시거나 NY Care Information Gateway 웹사이트 (www.NYCIG.org), 또는 뉴욕 주 보건부(전화: 518-474-4987), 연방 시민권 사무국(<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>)을 방문하여 불만 제기 절차를 따라 주시기 바랍니다.
- 7. 정보 재공개.** 귀하의 건강 정보에 접근할 수 있도록 승인 받은 기관(들)은 주/연방법 및 규정이 허용하는 범위 내에서 귀하의 건강 정보를 재공개할 수 있습니다. 알코올/약물 관련 치료 정보 또는 에이즈와 관련된 기밀 정보는 재공개의 금지와 관련된 필수 진술서를 수반하는 경우에 한해 접근 및 재공개될 수 있습니다.
- 8. 유효 기간.** 본 동의서는 동의 여부를 변경하는 일자 또는 NY Care Information Gateway 가 운영을 중단하는 날(또는 **귀하의 사망 후 오십(50)년이 되는 시점 중 빠른 시점**)까지 유효합니다. NY Care Information Gateway 가 다른 유사적 기관과 합병하더라도 귀하의 동의는 새롭게 합병된 기관에서 계속 효력을 지닙니다.
- 9. 동의 여부 변경.** 동의 여부를 새로 선택해 작성한 동의서를 제출하시면 언제든지 동의 여부 및 의료 기관이나 건강 보험에 대한 동의 여부를 변경하실 수 있습니다. 동의가 유효한 기간 동안 NY Care Information Gateway 를 통해 귀하의 건강 정보에 접근하는 기관은 해당 기관의 의료 기록에 귀하의 정보를 포함시키거나 귀하의 의료 정보를 복사할 수 있습니다. 나중에 동의 여부를 변경하시더라도 이들 기관에는 자체 기록에서 귀하의 정보를 삭제하거나 귀하의 정보를 반환할 의무가 없습니다.
- 10. 동의서 사본.** 귀하는 본 동의서의 사본 한(1)부를 받으실 수 있습니다.