

환자 성명	생년월일	환자식별번호
환자 주소		
의료 기관		
서비스 날짜		

나는 본 동의서에 설명되어 있는대로 나의 치료 및 진료 정보에 접근할 수 있는 허가를 요청합니다. 나는 또한 상기 "의료 기관"이 건강정보교환기관인 **Interboro Regional Healthcare Information Organization d/b/a NY Care Information Gateway(NYCIG)**를 통해 나의 의료 기록에 접근하는 것에 대한 허가 여부도 선택할 수 있습니다. 내가 동의하는 경우, 나를 진료하는 의사가 보다 나은 치료를 위해 이번 한 번에 한해 내가 건강 관리를 받는 다양한 장소의 의료 기록에 접근할 수 있습니다.

본 동의서 동의 여부는 내 진료 기관이 지속적으로 나의 정보에 접근하는 것을 허가하지 않습니다. 이것은 이번 한 번에 국한된 접근입니다.

동의서 선택 항목. 선택 항목 중 하나를 골라 좌측 박스에 체크합니다.
<input type="checkbox"/> 1. 본인은 "의료 기관"이 건강 관리를 제공하기 위해 NYCIG를 통해 이번 한 번에 한해 본인의 모든 전자 건강 정보에 접근하는 것에 동의합니다.
<input type="checkbox"/> 2. 본인은 "의료 기관"이 그 어떤 목적으로도 NYCIG를 통해 본인 전자 건강 정보에 접근하는 것에 동의하지 않습니다.

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

환자 서명	날짜
환자 성명(인쇄체)	

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

- 1. 귀하의 정보가 사용될 수 있는 서비스.** 귀하의 전자 건강 정보는 다음 건강 관리 서비스에 **한해** 사용됩니다.
 - **미성년자가 동의한 서비스 치료.** 귀하에게 의료적 치료 및 관련 서비스를 제공.
- 2. 포함되는 정보의 유형** 동의하시는 경우, 기재된 의료 제공 기관이 NYCIG를 통해 이번 한 번에 한해 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
- 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 웹사이트 www.NYCIG.org에서 확인하실 수 있습니다.
- 4. 동의할 경우 귀하의 정보에 접근할 수 있는 사람.** 귀하가 정보 접근에 동의한 기관(들)의 의사 및 직원 중 이 동의서 1절에 기술된 바에 따른 활동을 실행하는 자로 국한됩니다.
- 5. 공공 의료 기관 및 장기 구득 기관의 접근.** 연방/주 또는 지역 공공 의료 기관과 특정한 장기 구득 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 NYCIG를 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. 언제든지 귀하가 귀하에 대한 정보를 보아서는 안되거나 그 정보에 접속해서는 안되는 사람이 그렇게 했다고 생각하시는 경우, _____(으)로 의료 기관에 전화하시거나, 또는 NYCIG 웹사이트 www.NYCIG.org를 방문하시거나, 뉴욕 주 보건부(전화: 518-474-4987)로 전화하시거나, 또는 연방 시민권 사무국(<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>)에서 불만사항 접수 절차를 따르십시오.
- 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.** 이 동의서 양식은 기재된 "서비스 날짜"에 받는 치료 기간 동안에만 효력을 유지합니다.
- 10. 동의서 사본.** 귀하는 본 동의서의 사본 한(1)부를 받으실 수 있습니다.