



건강 정보 교환 기관을 통한

뉴욕 주 보건 당국

환자 정보 접근 허가서

환자명	생년월일	환자 식별 번호
환자 주소		

본 양식에 명시된 대로 나의 진료 및 치료에 관한 건강 정보에 접근하도록 요청합니다. 나는 Healthix라는 건강 정보 교환 기관을 통하여(이들 기관들의 에이전시들을 포함한) [Name of Provider Organization]이 나의 의료 기록에 접근하는데 대한 허용 여부를 결정할 수 있습니다. 내가 동의하는 경우, 건강 진료를 받은 다양한 장소에서 생성된 나의 의료 기록에 주 전체 컴퓨터 네트워크를 사용하여 접근할 수 있습니다. Healthix는 사람들의 건강에 관한 정보를 전자적으로 공유하는 비영리기관이며, 건강 보험의 이전 및 책임에 관한 법률(HIPAA) 및 뉴욕 주 법에 따른 개인정보 보호 기준 및 보안사항을 준수합니다. 더 상세한 정보는 다음 Healthix의 웹사이트, www.healthix.org에서 확인할 수 있습니다.

본 양식에서 내가 한 선택으로 의료 진료를 받는 데 영향을 미치지 않습니다. 본 양식에서 내가 한 선택으로 의료 보험사가 건강 보험 보장 범위 제공 및 의료비 지급을 결정하는 목적으로 나의 정보에 접근을 허락하는 것은 아닙니다.

<p>동의 선택. 아래 왼쪽에 있는 네모란 중에서 본인이 원하는 하나의 사항에 표시하십시오. 본 양식을 지금 작성하거나 후에 작성할 수 있습니다.</p> <p><small>새로운 양식을 작성하십시오. 이전의 버전은 변경할 수 없습니다.</small></p>
<p><input type="checkbox"/> 1. 나는 [Name of Provider Organization]가(이) 의료 진료를 제공하기 위해 Healthix를 통하여 나의 모든 전자 건강 정보에 접근하는 것에 동의합니다.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. 나는 어떤 목적으로도, [Name of Provider Organization]가(이) Healthix를 통하여 나의 전자적 건강 정보에 접근하는 것을 거부합니다.</p>

만일 Healthix와 관계되는 모든 의료 제공 기관 및 보험사가 나의 전자적 건강 정보에 Healthix를 통하여 접근할 수 없도록 하려면, 아래의 Healthix의 웹사이트, www.healthix.org에 방문하거나 877-695-4749로 Healthix에 전화하여 그렇게 할 수 있습니다.

나는 본 양식에 관한 질문에 답변을 받았으며, 본 양식의 사본을 제공받았습니다.

환자 또는 환자 법적 대리인의 서명	날짜
법적 대리인의 이름, 활자체(해당하는 경우)로 기입	법적 대리인과 환자와의 관계(해당하는 경우)

Healthix를 통한 정보 접근 및 동의 절차에 관한 세부 정보:

- 어떻게 개인 정보가 사용될 수 있는가?** 개인의 전자적 건강 정보는 오직 다음의 의료 서비스에만 사용됩니다.
 - **치료 서비스.** 의료적 치료 및 관련 서비스를 제공합니다.
 - **보험 자격성 검증.** 개인이 건강 보험에 가입되어 있는지, 보험의 보장 범위는 무엇인지 확인합니다.
 - **진료 관리 활동.** 여기에는 개인이 적절한 진료를 받도록 돕고, 제공되는 서비스 품질을 개선하고, 다각적 의료 서비스 제공을 준비하고, 의료 진료 계획을 따르도록 지원하는 것이 포함됩니다.
 - **품질 개선 활동.** 개인과 모든 환자에게 제공되는 의료 서비스의 품질을 평가하고 개선합니다.
- 어떤 유형의 정보가 포함되는가?** 개인이 동의하는 경우, 목록에 있는 의료 제공 기관(들)은 Healthix를 통하여 개인의 모든 전자 건강 정보에 접근할 수 있게 됩니다. 이는 본 양식에 서명한 날짜를 전, 후로 생성된 정보를 포함합니다. 개인의 건강 기록에는 경험했던 병력 또는 부상 기록(당뇨 또는 골절 등), 검사 결과(X-레이 또는 혈액 검사 등), 복용했던 의약품 목록이 포함될 수 있습니다. 본 정보는 다음을 포함하며 이에 국한되지 않는 민감한 건강 상태가 포함될 수 있습니다.

• 알코올, 약물 사용 및 진단 문제	• 성 감염 질병	• 고용 정보
• 피임 및 낙태 (가족계획)	• 약물 및 용량	• 생활 환경
• 유전적(물려받은) 질병 및 검사	• 진단 정보	• 사회적 지원
• HIV/에이즈	• 알레르기	• 청구 발생 데이터
• 정신 건강 상태	• 마약 사용 기록 요약	• 실험실 검사
	• 임상적 메모	
	• 퇴원 요약	
- 건강 정보를 얻는 곳은 어디인가?** 개인에 관한 정보는 의료 진료 또는 건강 보험을 제공하는 곳에서 생성됩니다. 여기에는 병원, 의사, 약국, 임상 실험실, 의료 보험사, Medicaid 프로그램, 건강 정보를 전자적으로 교환하는 기타 기관이 포함됩니다. Healthix에서 최신 전체 목록이 제공되고 있습니다. 다음 Healthix의 www.healthix.org에 방문하거나 877-695-4749에 전화하여 최신 목록을 언제든지 얻을 수 있습니다.
- 동의한 경우, 누가 정보를 이용할 수 있는가?** 위 1단락에서 설명한 대로, 본 양식을 통해 오직 귀하가 접근을 허락한 활동을 수행하는 의사 및 기관의 기타 직원만이 접근할 수 있습니다.
- 공중 보건 및 장기 구독 기관 접근.** 연방, 주 또는 지역 공중 보건 기관 및 특정 장기 구독 기관은 법에 따라 특정 공중 보건 및 장기 이식 목적으로 환자의 동의 없이 건강 정보에 접근할 수 있습니다. 이러한 기관은 개인의 동의 여부 및 본 동의서 작성 여부와 관계없이, 이러한 목적으로 Healthix를 통하여 개인의 정보에 접근할 수 있습니다.
- 정보의 부적절한 접근 및 사용에 대한 처벌.** 개인의 전자적 건강 정보에 대한 부적절한 접근 및 사용에 대한 처벌 방법이 있습니다. 언제든지 개인에 관한 정보에 접근하거나 확인해서는 안 되는 사람이 접근했다는 의심이 드는 경우, **Provider Organization의 전화** _____ (으)로 전화하시거나, 다음 Healthix 웹사이트를 방문하십시오: www.healthix.org. 아니면, NYS 보건부 전화 518-474-4987로 전화하거나 다음 링크에 나온 연방 민권 사무소(federal Office for Civil Rights)의 불만 처리 절차를 따르십시오. <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 정보의 재공개.** 개인이 건강 정보에 접근을 허락한 모든 기관은 개인의 건강 정보를 재공개할 수 있지만, 주 및 연방 법과 규정이 허용하는 범위 내에서만 허용됩니다. 알코올/마약 치료 관련 정보 또는 기밀성 HIV 관련 정보는 오직 접근만 가능하며, 재공개 금지에 관한 필수 진술서가 있을 경우에만 재공개 가능합니다.
- 유효 기간.** 본 동의서는 개인이 동의 선택을 변경한 날 또는 사망 때까지, 또는 Healthix가 운영을 중단하는 때까지 효력이 지속됩니다. Healthix가 다른 공인 기관과 합병하는 경우 개인의 동의 선택은 새롭게 합병된 기관에 효력이 지속됩니다.
- 동의 선택 변경.** 귀하는 언제든지 새로운 선택이 담긴 새로운 동의서를 제출함으로써 모든 의료 제공 기관이나 의료 보험에 대한 동의 선택을 변경할 수 있습니다. 개인의 동의가 효력이 있는 동안 Healthix를 통하여 개인의 건강 정보에 접근하는 기관은 자체 의료 기록에 개인의 정보를 복사 또는 포함할 수 있습니다. 이후 개인이 동의 결정을 변경하는 경우에도, 이들 기관이 개인의 정보를 반환하거나 자체 기록에서 삭제할 필요는 없습니다.



10. 동의서 사본. 귀하는 본 동의서의 사본을 얻을 자격이 있습니다.