

로스앤젤레스 카운티 정신보건부  
보호대상건강정보에대한사용및공개허가서

고객:

이름 생년월일 고객번호

법정대리인이름(해당할경우)

주소 시,주우편번호  
허가인: 보호대상건강정보에대한사용및공개대상:

에이전시이름 의료서비스제공자명/기타

주소 주소  
시 주 ZIP 우편번호 시 주우편번호

공개정보:

☐ 평가 ☐ 심리테스트결과 ☐ 진단  
☐ 검사결과 ☐ 약물복용기록/현재복용약물 ☐ 치료  
☐ 전체 기록(구체적으로 기입):  
☐ 기

타 (구체적으로 기입):

알림:기록사항은알코올/약물복용또는 HIV/AIDS 와관련된내용을포함할수있습니다.  
단,약물/알코올시설또는 HIV 결과는따로요청되지않는한공개되지않습니다.

해당되는 모든 사항에 표시하십시오: ☐ 알코올/약물 기록 ☐ HIV 검사 결과

요청기록전달방법: ☐ 우편 ☐ 직접 수령 ☐ 전자 기기(CD,USB)

이용또는공개목적:(해당되는항목에표시)

☐ 고객요청  
☐ 기타(구체적으로 기입):

정보 이용 또는 공개로 에이전시가 갖게 될 혜택이 있습니까? 네아니오 ☐ ☐

본인은이허가서에의해본인의보호대상건강정보가사용또는공개될수있으며,  
이정보가더이상연방법률에의해보호받지못하며 본인의허가없이수신자에의해사용또는공개될수있음에대해동의합니다.  
본인은또한본인의정보がい용또는공개되고난후, 이정보를다시복구할수없을수있음에대해동의합니다.

만료일:이허가서는다음의날짜까지유효합니다./ /

월 일 연도

## 로스앤젤레스 카운티 정신보건부

### 보호대상건강정보에대한사용및공개허가서

#### 이허가서와관련한귀하의권리:

**허가서사본을제공받을권리**-본인이이허가서에서명하는것은필수사항이아니며, 본인은반드시이양식의사본을제공받아야합니다.

서명에동의할경우,

**허가 철회 권리**-본인은 LACDMH 에 서면 요청으로 언제든지 이 허가서를 철회할 권리를 가지고 있음을 이해합니다. 본인은 아래의 허가 철회 양식을 이용해 다음의 주소로 우편을 보내거나 직접 전달할 수 있습니다:

|     |        |
|-----|--------|
| 담당자 | 에이전시이름 |
|-----|--------|

|    |         |
|----|---------|
| 주소 | 시,주우편번호 |
|----|---------|

본인은 또한 허가 철회가 법률이 허가하지 않는 한 이 허가서의 이전 내용과 관련한 건강 정보를 사용 또는 공개에 대한 LACDMH 의 또는 의료 서비스 제공자의 기능에 영향을 미치지 않을 것임을 이해합니다.

**조건**본인은 본인의 치료에 영향을 주지 않고 이 허가서에 동의하는 것을 거절할 수 있음을 이해합니다. 그러나 LACDMH 는 연구 관련 치료에 관한 건강 보호 정보 사용 또는 공개 허가서 서명에 관한 조항을 만들 수 있습니다. (즉, 이 허가서가 치료를 포함한 연구 관련 정보를 포함할 경우, 허가서 양식에 서명이 된 후에만 치료를 받을 수 있습니다.)

본인이이허가서양식의내용을검토하고이해할충분한시간을가졌습니다.

이허가서에서명하는것은본인의동의를의미합니다.

|              |     |
|--------------|-----|
| X            | X   |
| 고객/법정 대리인 서명 | 날 짜 |

본인이 아닌 경우, 고객과의 관계와 허가 정보를 명시하십시오:

|   |  |
|---|--|
| X |  |
|---|--|

### 허가취소

|            |     |
|------------|-----|
| 고객이름       |     |
| 고객/법정대리인서명 | 날 짜 |

본인이아닌경우, 고객과의관계와허가정보를 명시하십시오.

이름: \_\_\_\_\_