

로스앤젤레스 카운티 정신건강국
보호대상 개인건강정보의 사용 또는 공개 승인

본 승인과 관련한 귀하의 권리:

승인의 복사본을 수신할 권리 - 본인은 서명하는 것이 필수는 아니지만 본 승인서에 동의할 경우, 서명된 양식의 복사본을 제공받아야 함을 이해합니다.

승인을 철회할 권리 - 본인은 언제든지 LACDMH(로스앤젤레스 카운티 건강정신국)에 서면으로 알려 본 승인을 철회할 권리가 있음을 이해합니다. 본 양식 하단의 승인 철회 양식을 작성하여 우편으로 또는 다음 주소로 전달하여 제출할 수 있습니다.

연락 담당자	기관명
주소	시, 주 우편번호

본인은 또한 승인 철회가 철회 전 본 승인과 관련한 사유 또는 법에서 허용하는 사유로 LACDMH나 건강 진료 제공자가 건강 정보를 사용 또는 공개하는 것에는 영향을 주지 않음을 이해합니다.

조건: 본인은 승인서에 서명하기를 거절할 수 있으며 이로 인해 치료를 받을 권리에 어떠한 영향도 가해지지 않음을 이해합니다. 그러나 LACDMH는 해당 연구 관련 치료를 위해 생성된 보호대상 개인건강정보의 사용 또는 공개에 대한 승인 획득 여부에 따라 해당 연구 관련 제공을 변경할 수 있습니다. (즉, 본 승인이 치료를 포함하는 연구와 관련된 경우, 승인서에 서명을 해야만 해당 치료를 받을 수 있습니다.)

본인은 본 승인서를 검토하고 내용을 이해할 기회를 얻었습니다. 본 승인서에 서명함으로써 본인의 바램이 승인서에 정확히 반영되었음을 입증합니다.

x 고객 서명/법정 대리인	x 날짜
고객이 아닌 다른 사람이 서명한 경우, 관계 및 권한 설명:	
x	

승인 철회

고객 이름	
고객 서명/법정 대리인	날짜
고객이 아닌 다른 사람이 서명한 경우, 정자체로 이름을 기입하고 관계 및 권한을 설명합니다.	
정자체로 이름 기입: _____	
관계 및 권한: _____	