

고객의 건강 정보 열람/검토 요청서

로스앤젤레스 카운티 정신건강국("LACDMH")

고객:

고객 이름

고객 생일

고객 ID 번호

주소

시, 주, 우편번호

☐ “기관 내” 건강 정보 열람 및 검토 요청

☐ 건강 정보 이메일 전송 요청

☐ 건강 정보 우편 전송 요청

☐ 건강 정보 인쇄본 수령 요청 장소:

열람 또는 검토를 요청하는 정보:

☐ 사정/평가

☐ 심리 검사 결과

☐ 진단

☐ 실험실 결과

☐ 의약품

☐ 치료/경과 기록

☐ 전체 기록

☐ 기타(구체적으로 작성): _____

☐ 모든 서비스 프로그램 요청

☐ 특정 서비스 프로그램 요청

(구체적으로 작성) _____

검토 기간: 다음 기간에 관한 정보를 요청합니다.

시작 _____ / _____ / _____ 종료 _____ / _____ / _____
 월 일 년 월 일 년

☐ 요청된 건강 정보의 요약 요청

고객의 건강 정보 열람/검토 요청서

로스앤젤레스 카운티 정신건강국("LACDMH")

본 열람 요청에 관한 귀하의 권리:

본 요청 사본 수령 권리 - 본 양식에 서명한 사본을 반드시 제공받아야 함을 이해합니다.

열람 거부에 대한 재심사 요청 권리 - DMH(정신보건국)에서 제 건강 정보 열람 요청을 전부 또는 일부 거부할 수 있음을 이해합니다. 열람이 거부될 경우, **열람 거부 결정 재심사 요청**을 제출하여 해당 결정에 대한 재심사를 요청할 수 있습니다. 대부분의 경우, DMH는 열람 거부 결정에 직접 관여하지 않은 다른 의료 전문가를 지정하여 귀하의 요청에 대해 2차 검토를 진행합니다

고객 서명: _____

또는

대리인 서명:

고객이 아닌 다른 사람이 서명하는 경우, 관계 및 권한을 밝히십시오.

날짜: _____ / _____ / _____
 월 일 년

고객의 건강 정보 열람/검토 요청서

로스앤젤레스 카운티 정신건강국("LACDMH")

제공된 신분증 종류:

- ☐ 주 정부 발행 운전면허증 _____
- ☐ 주 정부 신분증 _____
- ☐ 출생증명서 _____
- ☐ 군 신분증 _____
- ☐ 기타(세부 사항 기재): _____

시설: _____

의료진: _____

날짜: _____ / _____ / _____
 월 일 년

귀하의 건강 정보 보호 권리에 관한 자세한 내용은 치료팀에 문의하여 **개인정보 보호 안내문**을 요청하시기 바랍니다. 웹사이트(<https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy>)를 방문하시거나 다음 주소로 서면 요청서를 보내셔도 사본을 받으실 수 있습니다.

Office of Patient's Rights
Los Angeles County Department of Mental Health
510 S. Vermont Ave., 21st Floor
Los Angeles, CA 90020

전화: (800) 700-9996 팩스: (213) 330-0285

귀하께 서비스를 제공하고 건강 정보의 정확성과 완전성을 개선할 수 있는 기회를 주셔서 감사합니다. 앞으로도 귀하의 의료 서비스를 최선을 다해 지원하겠습니다.