



로스앤젤레스 카운티 정신건강국
건강정보교환(HIE) 정보 공유 상태 변경

HIE 공유 상태 변경

이 양식은 귀하와 검사 또는 치료 관계가 있는 의료진과 건강 정보 교환(HIE) 공유를 허용하거나 제한하기 위해 현재 상태를 **변경**하고자 하는 경우에**만** 사용해 주시기 바랍니다.

상태 변경 발효일: _____ (MM/DD/YYYY)

아래 옵션 중 하나를 선택하세요:

☐ **거부(옵트 아웃):** 본인은 내 개인 건강 정보가 건강 정보 교환(HIE)을 통해 공유되는 것에 동의하지 않습니다.

☐ **동의(옵트 인):** 본인은 건강정보교환(HIE)을 통해 내 개인 건강 정보가 공유되는 것에 동의합니다. 여기에는 오늘 날짜 이전에 기록된 관련 건강 정보가 포함될 수 있습니다.

확인 및 서명

클라이언트 서명*:	클라이언트 이름:	날짜:
보호 책임 있는 성인의 서명**:	클라이언트와의 관계:	날짜:
증인/통역사의 서명***:	통역된 언어:	날짜:

* 미성년 클라이언트: 본인의 서명을 통해 서비스를 받는 미성년 클라이언트의 경우, 서명된 '미성년자 동의서'가 진료 기록에 보관되어 있어야 합니다.

** 보호 책임 있는 성인: 법에서 요구하는 경우 미성년자의 후견인(Guardian), 재산관리 후견인(Conservator) 또는 부모.

*** 증인/통역사: 양식 서명 과정을 목격한 사람(스태프 또는 기타) 또는 클라이언트를 위해 이 양식을 다른 언어로 통역해 준 사람.

이 기밀 정보는 주(州) 및 연방 법률 및 규정에 따라 귀하에게 제공되며, 여기에는 해당 복지 및 시설법(Welfare and Institutions Code), 민법(Civil Code) 및 HIPAA 개인정보 보호 기준을 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 이 정보의 추가 공개를 위한 복제는, 법률에 달리 허용된 경우를 제외하고, 해당 클라이언트 또는 권한 있는 대리인의 사전 서면 승인이 없으면 금지됩니다. 원래 요청의 명시된 목적이 달성된 후에는 해당 정보를 파기해야 합니다.

성명: _____ ID 번호: _____

기관명: _____ 제공자 번호: _____

로스앤젤레스 - 카운티 정신건강국