

## 기밀 건강정보

## 동의 또는 철회

### Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

수혜자 이름(정자체로 기입)

수혜자 생년월일

귀하는 FWB (Fostering Well-Being)의 위탁 보호 대상이므로, 저희 프로그램에서는 귀하와 귀하의 치료에 관계된 사람들이 귀하의 건강상에 필요한 사항을 파악하도록 도움을 줄 수 있습니다. 집 밖에서 치료를 받는 동안, 귀하의 의료 서비스 제공자와 치료에 관계된 사람들이 귀하의 건강 관리를 조율하기 위해 소통하는 것이 중요합니다. 현재 컴퓨터 시스템이나 서면 상에 귀하의 건강 기록이 존재할 수 있으며 다음 정보를 포함할 수 있습니다.

- 피임 및 낙태와 같은 가족계획 서비스
- 기존에 "성 매개 질환 (Sexually Transmitted Diseases, STD)"이라고 했던 성관계를 통해 감염이 되는 성 매개 감염 (Sexually Transmitted Infections, STI) 및/또는 HIV/AIDS
- 정신 건강 치료 및 서비스
- 약물 의존 서비스

이러한 유형의 건강 정보는 사적인 정보이기 때문에, 귀하의 건강 정보를 가지고 있는 관계자들은 귀하의 동의가 있거나 워싱턴주 법률에서 허용하지 않은 한, 이러한 건강 정보를 타인에게 제공할 수 없습니다.

귀하가 본 양식에 서명하지 않더라도, FWB 프로그램의 서비스는 계속 받을 수 있습니다. **저희 프로그램에 위탁된 13 세가 넘는 모든 청소년의 경우, 본 양식에 언급된 건강 정보 유형에 해당되는지 여부와 관계 없이 본 양식에 서명하기를 원하는지에 대해 질문을 받게 됩니다.**

본 동의서에 서명함으로써 본인은 본 동의서에서 확인한 사람에게 본인의 개인 기밀 의료정보를 열람하고, 본인의 건강 관리를 위해 다른 사람과 논의할 수 있도록 허용하는데 동의합니다. 본인의 기밀 의료 정보에는 현재 또는 과거에 발생했던 질병이나 상해에 대한 기록이 포함될 수 있습니다. 기록에는 검사 결과(X 레이 및 혈액 검사), 본인이 복용하고 있거나 과거에 복용했던 약물, 본인의 병원, 의료 서비스 제공자 또는 기타 진료소 및/또는 시설 방문 기록이 포함될 수 있습니다.

본인은 언제든지 본 양식에 서명하고 사회복지사나 FWB 프로그램에 제출하여 본인의 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인이 동의를 철회하더라도 이미 공유된 정보에는 영향을 미치지 않습니다.

#### 제 1 항:

본인은 FWB 프로그램이 아래에 표시된 본인의 건강 정보를 수령하고 아동 청소년 가족부(Department of Children, Youth, and Families, DCYF) 사회복지사 및/또는 부족 사회복지사, 본인의 현재 간병인, 생물학적 부모와 공유하도록 허용합니다.

- 의료, 생식기 건강(즉, 피임, 임신, 낙태), HIV/AIDS 및 STD/STI 검사 결과, 진단 또는 치료 기록(RCW 70.02.220), 정신건강 기록(RCW 70.02.230), 및 화학물질 의존성(CD) 기록(42 CFR Part 2) 등 본인의 모든 수혜자 기록.

또는(제 1 항이 작성되지 않은 경우, 아래 제 2 항의 두 부분을 모두 작성해주시시오)

## 기밀 건강정보 동의 또는 철회

### Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

**제 2 항: (2A 및 2B 항은 반드시 작성해야 합니다)**

**2A.** 본인은 FWB 프로그램이 아래표시된 본인의 건강에 관한 정보를 수령하고 아래 표시된 의료 서비스 제공자 / 파트너에게만 공유할 것에 동의합니다.

- HIV/AIDS 및 STD/STI 검사 결과, 진단 또는 치료(RCW 70.02.220)
- 생식 건강(피임 및 낙태 등 가족계획 서비스)
- 정신건강 기록(RCW 70.02.230)
- 화학물질 의존(CD) 기록(42 CFR Part 2)

**2B.** FWB 프로그램이 귀하의 기록을 공유할 수 있는 의료 서비스 제공자 / 파트너(해당 항목에 모두 체크):

- 의료 서비스 제공자
- 생식 건강 서비스 제공자
- 정신건강 서비스 제공자
- 생물학적 부모(성과 이름 등록):
- 기타(적어주십시오):
- 현재 DCYF 및/또는 부족 사회복지사
- 현재 간병인 / 위탁 부모 / 친족 간병인

본인은 또한, 본 양식상에 열거된 관계자들끼리는 본인의 건강 정보를 서로 공유할 수 있으나, 본 양식상에 열거되지 않은 타인과는 공유할 수 없다는 점에도 동의합니다. 본인은 언제든지 마음을 바꾸고 아래 상자에 체크(새 DSHS 10-489 이용), 서명 및 사회복지사나 FWB 프로그램에 제출하여 동의를 취소할 수 있습니다. 본인이 동의를 철회하더라도 이미 공유된 정보에는 영향을 미치지 않습니다. 이니셜: \_\_\_\_\_

본인이 사전에 철회하지 않는 한, 위의 특정 정보는 더 이상 위탁 보호를 받지 않을 때까지, 또는 \_\_\_\_\_까지 유효합니다.

만기일

본인은 동의를 철회합니다. 다음 서명란을 작성해주십시오.

수혜자 또는 수혜자의 법적 대리인 서명

날짜

법적 대리인의 이름(인쇄체로 기입)

수혜자와 법적 대리인과의 관계

**수령자 통지:** 귀하에게 제공된 이 정보는 연방기밀정보규정(42 CFR Part 2)에 의해 보호된 정보입니다. 연방정부 규정은 해당 정보 당사자가 서면 동의서로 정보 공개 허용 의사를 표명하거나 42 CFR Part 2 에서 허용하는 경우를 제외하고 이 정보를 다른 곳으로 공개하는 것을 금지합니다. 의료 또는 기타 정보 공개를 위한 일반 승인서는 이런 목적으로 금지된 정보의 공개를 승인하기에 **불충분** 합니다.