

본 양식은 HIV 관련 정보를 포함한 건강 정보의 공개를 승인합니다. 귀하는 귀하의 비 HIV 건강 정보만을 공개, HIV 관련 정보만을 공개, 또는 두 정보 모두의 공개를 선택할 수 있습니다. 귀하의 정보는 연방의 개인정보보호법과 주법에 따라 정보 공개로부터 보호받을 수 있습니다. HIV 관련 기밀 정보란 HIV 관련 검사를 받았거나 HIV에 감염, HIV 관련 질병 또는 AIDS에 걸린 사람을 표시하는 정보, 또는 HIV에 노출되었을 가능성이 있는 사람으로 표시할 수 있는 정보를 의미합니다.

뉴욕주법에 의하면 HIV 관련 정보는 서면 공개문에 서명하여 귀하가 허락한 관련자에게만 전달되도록 하고 있습니다. 또한 본 정보는 귀하 또는 귀하의 노출된 자녀를 진료하는 의료제공기관; 법적으로 필요한 경우 보건 공무원; 진료비의 지급을 허용하는 보험회사; 위탁 보호 또는 입양 관련자; 교정 공무원, 보호관찰 공무원, 가석방 담당자; 실수로 귀하의 혈액에 노출된 응급 요원 또는 의료 요원과 같은 관련자나 특별 법원 명령에 따라 공개할 수 있습니다. 뉴욕주법에 의하면 HIV 관련 정보를 불법으로 공개하는 사람은 최고 5,000달러의 벌금형 및 최고 1년의 징역을 선고받을 수 있습니다. 그러나 건강 및/또는 HIV 관련 정보의 일부 재공개는 연방법에 따라 보호받지 않습니다. HIV 기밀성에 대한 자세한 정보는 뉴욕주 HIV 기밀 핫라인(HIV Confidentiality Hotline, 전화: 1-800-962-5065) 부서로 문의하시고, 연방 개인정보보호에 관한 자세한 내용은 민권사무소(Office for Civil Rights, 전화: 1-800-368-1019)로 문의하십시오. 뉴욕시 인권부(Division of Human Rights, 전화: 1-888-392-3644)에 문의해도 됩니다.

아래 상자에 표시하고 본 양식에 서명하시면, 건강 정보 및/또는 HIV 관련 정보는 본 양식의 2페이지(그리고 필요할 경우 별도의 용지)에 표시된 사람에게 공개될 수 있습니다. 귀하의 요청이 있을 경우 귀하의 건강 정보를 공개하는 기관 또는 사람은 귀하에게 본 양식을 반드시 제공해야 합니다.

- 본인은 다음(해당 사항에 모두 표시)의 공개에 동의합니다.
- 본인의 HIV 관련 정보
 - 본인의 비-HIV 건강 정보
 - 양쪽 모두(비-HIV 건강 정보 및 HIV 관련 정보)

HIV 관련 정보를 공개하는 기관/사람의 이름 및 주소

정보 공개 대상자의 이름: _____

본 양식 서명자의 이름 및 주소(위의 사람이 아닌 경우): _____

정보 공개 대상자와의 관계: _____

공개 대상 정보 내용: _____

정보 공개 사유: _____

정보 공개 승인 기간: 시작일: _____ 마감일: _____

동의 철회 권리에 대한 예외사항(있을 경우): _____

치료, 지급, 등록 시 공개 또는 보험 혜택 자격에 대한 동의를 얻지 못한 경우 해당 결과를 설명(주의: 연방 개인정보보호 법규는 일부 결과를 제한할 수 있음): _____

치료 및 보건서비스 제공을 목적으로 서로 간에 정보를 공유하도록 본 양식의 1-2페이지(사용된 경우 3페이지도 포함)에 표시된 모든 기관/사람을 승인하고자 하는 경우에 한해서 아래에 서명하십시오.

서명 _____ 날짜 _____

*** 건강 정보 및 HIV-관련 기밀 정보 양식의 공개 승인은 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)을 준수합니다. 비-HIV 관련 정보만 공개하고자 하는 경우 본 양식 또는 다른 HIPAA 준수 일반 건강 공개서를 사용해도 됩니다.**

건강 정보 및 HIV-관련 기밀 정보의 공개 승인*

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람에 대한 정보를 작성해주시요.
필요할 경우 별도의 용지를 사용하십시오. 빈칸은 줄을 그어 지운 후 서명하도록 권장합니다.

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람의 이름 및 주소:

1페이지에 표시한 것 이외의 사항이 있는 경우 공개 사유:

해당 기관/사람에게 공개할 정보를 제한할 경우 구체적으로 명시해주시요.

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람의 이름 및 주소:

1페이지에 표시한 것 이외의 사항이 있는 경우 공개 사유:

해당 기관/사람에게 공개할 정보를 제한할 경우 구체적으로 명시해주시요.

귀하는 법률에 의거해 주택, 취업, 의료서비스 및 기타 서비스를 받을 때 HIV 관련 차별로부터 보호받습니다. 자세한 내용은 뉴욕시 인권위원회(Commission on Human Rights, 전화: (212) 306-7500) 또는 뉴욕주 인권부(Division of Human Rights, 전화: 1-888-392-3644)에 문의하십시오.

본 양식에 대한 제 문의에 답변을 받았습니다. 본인은 본인의 건강 및/또는 HIV 관련 정보 공개를 허용하지 않아도 됨을 알고 있으며, 언제라도 마음을 바꿔 본 공개 내용을 가진 기관/사람에게 서신을 보내 정보 공개 승인을 철회할 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 1페이지에 표시된 기관/사람이 1페이지에 표시된 사람의 건강 및/또는 HIV 관련 정보를 표시된 단체/사람에게 공개하도록 승인합니다.

서명 _____ 날짜 _____
(정보 대상자 또는 합법적으로 승인 받은 대리인)

법률대리인의 경우 정보 대상자와의 관계를 표시하십시오.

인쇄체 이름 _____

의뢰인/환자 번호 _____

***건강 정보 및 HIV-관련 기밀 정보 양식의 공개 승인은 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)을 준수합니다. 비-HIV 관련 정보만 공개하고자 하는 경우 본 양식 또는 다른 HIPAA 준수 일반 건강 공개서를 사용해도 됩니다.**

건강 정보 및 HIV-관련 기밀 정보의 공개 승인*

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람에 대한 정보를 작성해주시요.
필요할 경우 별도의 용지를 사용하십시오. 빈칸은 줄을 그어 지운 후 서명하도록 권장합니다.

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람의 이름 및 주소:

1페이지에 표시한 것 이외의 사항이 있는 경우 공개 사유:

해당 기관/사람에게 공개할 정보를 제한할 경우 구체적으로 명시해주시요.

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람의 이름 및 주소:

1페이지에 표시한 것 이외의 사항이 있는 경우 공개 사유:

해당 기관/사람에게 공개할 정보를 제한할 경우 구체적으로 명시해주시요.

일반 정보 및/또는 HIV 관련 정보를 제공 받을 기관/사람의 이름 및 주소:

1페이지에 표시한 것 이외의 사항이 있는 경우 공개 사유:

해당 기관/사람에게 공개할 정보를 제한할 경우 구체적으로 명시해주시요.

본 페이지의 일부/전체를 작성한 경우 아래에 서명해주시요.

서명 _____ 날짜 _____
(정보 대상자 또는 합법적으로 승인 받은 대리인)

의뢰인/환자 번호 _____

* 건강 정보 및 HIV-관련 기밀 정보 양식의 공개 승인은 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)을 준수합니다. 비-HIV 관련 정보만 공개하고자 하는 경우 본 양식 또는 다른 HIPAA 준수 일반 건강 공개서를 사용해도 됩니다.