

**지침:** 본 양식은 보건소에 등록되어 있고 보건소 동의/등록/18세 미만 아동용 양식(DOH 5200) 및 보건소 동의서/정보 공유/18세 미만 아동용 양식(DOH 5201)\*을 작성한 18세 미만 아동에 한하여 사용해야만 합니다. 본 양식은 보건소에서 등록을 취소하고 보건소에 등록된 아동의 건강 정보 공개에 대한 동의를 철회하기 위한 것입니다. 18세 미만 아동의 동의 철회는 부모, 보호자 또는 법적 권한을 위임 받은 대리인이 제공해야 합니다. 법적 권한을 위임 받은 대리인은 동의 철회를 목적으로 주, 부족, 군 또는 기타 관련법, 법원 명령 또는 건강 관리 결정을 내리는 자 대신 행동하는 동의를 얻은 자 또는 기관으로 정의됩니다.

**\*[부모, 임신부 및/또는 기혼자인 아동 및 기타 동의 능력이 있는 아동은 본 양식을 사용하여 건강 정보 공개를 취소하고 동의를 철회할 수 없습니다. 그러므로, 보건소 환자 정보 공유 - 동의 철회서 양식(DOH 5058)]을 사용해야 합니다.**

\_\_\_\_\_

보건소 이름 가입

\_\_\_\_\_

자녀 이름 가입

\_\_\_\_\_

자녀 생년월일

본 양식에 서명함으로써 본인은 위에서 언급된 아동의 \_\_\_\_\_ 이름을 보건소 명단에서 제외하는 데 동의합니다.다.  
보건소 이름

본 양식에 서명함으로써 본인은 본 양식이 서명된 날짜부터 효력이 있음을 이해합니다.

- 본인은 보건소가 보건소 프로그램과 관련된 의료기관 및 기타 기관들과 이 아동의 건강 정보를 공유하는 권한을 철회합니다. 이들 기관에는 보건소 동의서/정보 공유/18세 미만 아동용 양식(DOH 5201)에 기재된 모든 자와 기관이 포함됩니다.
- 이미 이 아동의 건강 정보를 가지고 있는 의료기관은 해당 아동이나 자신에게 다시 돌려주지 않아도 되며 해당 기록에서 빼낼 수도 없습니다.
- 본 정보는 뉴욕주 및 연방 법률 및 규정에 따라 보호를 받습니다. 그리고
- 이 아동은 여전히 건강 관리 또는 기타 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

\_\_\_\_\_

아동의 부모, 보호자 또는 법적으로 위임 받은 대리인의 성명 가입

\_\_\_\_\_

부모, 보호자 또는 법적으로 인정된 아동의 대리인과의 관계

\_\_\_\_\_

아동의 부모, 보호자 또는 법적으로 위임 받은 대리인의 서명

\_\_\_\_\_

날짜

## 건강 정보 및 동의 프로세스 철회에 대한 세부 사항

### 1. 보건소 및 의료기관은 이 아동의 건강 정보를 추후 사용하게 됩니까?

보건소 및 의료기관은 더 이상 이 아동의 건강 정보를 공유하거나 사용할 수 없습니다.

### 2. 이 아동의 건강 정보는 어떻게 됩니까?

이 아동의 건강 정보는 이미 이 아동의 정보가 있는 의료기관에서 보관하겠지만 뉴욕주 및 연방의 모든 법률 및 규정을 준수해야 합니다.

### 3. 아동의 건강 정보를 공유하는 법률과 규정은 무엇입니까?

이 법률 및 규정은 뉴욕 교육법 제 6530항 (23), 정신 위생법 33.13항, 뉴욕 공중 보건법 27-F 조, 1996년 연방 건강 보험 이전 및 책임법(HIPAA), 45 CFR Parts 160 및 164, 그리고 42 CFR Part 2의 연방 기밀 유지 규정을 준수해야 합니다.

### 4. 동의 철회 후에는 누가 이 아동의 정보를 공유할 수 있습니까?

본 양식이 서명된 날짜로부터 어느 누구도 이 아동에 대한 새로운 건강 정보를 입수할 수 없지만 이미 공유된 정보는 다시 가져올 수 없습니다.

### 5. 이 아동의 정보를 사용하는 사람이 있는데 그러한 용도에 동의하지 않았다면 어떻게 합니까?

동의하지 않았는데 누군가 건강 정보를 사용하고 있는 것 같다면 다음과 같이 할 수 있습니다.

- Medicaid Helpline(메디케이드 콜 센터) 1-800-541-2831로 전화하십시오.
- US Department of Health and Human Services(미국 연방 보건후생부) Office for Civil Rights(민권국) 1-800-368-1019에 연락하거나 이 주소 <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html> 로 서면 민원을 제출할 수 있습니다.

다음의 조치를 취할 수도 있습니다.

- 귀하의 기록을 열람하도록 허락된 의료 제공자에게 연락하십시오.
- 건강 관리사나 헬스 홈 전화번호 \_\_\_\_\_ 로 \_\_\_\_\_ 문의하십시오.
- Managed Care Plan(관리형 의료 보험)에 가입되어 있다면 가입한 Managed Care Plan에 연락하십시오.

### 6. 동의 철회는 얼마나 오래 지속됩니까?

동의 철회는 영원히 지속됩니다. 단, 마음이 바뀌면 해당 아동이 소속된 건강 보험 공단, 의사 또는 이전 보건소에 해당 아동이 보건소 프로그램에 다시 관심이 있음을 알려십시오. 향후 등록이 이루어지면 새 동의서에 서명해야 합니다.

### 7. 이 양식은 어떻게 받을 수 있습니까?

본 동의 철회서에 서명하시면 사본이 제공됩니다.