

보호 조치된 의료 정보 사용 및 양도에 대한 승인

성 이름 생년월일(월/일/년(Mo/Dy/Yr)) 는/은

이로써 다음과 같은 기관들이

Table with 2 columns listing medical facilities for authorization. Includes LAC+USC Medical Center, Olive View-UCLA Medical Center, Harbor-UCLA Medical Center, CHC/Health Center, Antelope Valley Community Clinic, Community Health Alliance of Pasadena, Korean Health Education & Research Ctr., Mission City Community Network, Rancho Los Amigos National Rehabilitation Ctr., High Desert Multi-Service Ambulatory Care Ctr., Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center, Central Neighborhood Health Center, JWCH, Inc., Los Angeles Christian Health Center, and St. John's Well Child & Family Clinic.

보호 조치된 의료 정보를 아래의 기관에 양도할 수 있도록 그 권한을 부여합니다:

사회 복지국(DPSS) 지역 사무소 이름 거리 주소

시 주 우편번호

부터 시작하여, 까지의 기간 동안. 날짜 날짜

만기일: 이 승인은 다음 날짜까지 유효합니다: / /20

양도할 수 있는 정보

해당 사항 모두를 네모 칸에 체크 표시 하십시오:

- Discharge Summary, History and Physical, Consultation, Operative Report, Radiology Report, Radiology Films, Laboratory / Diagnostic Tests, Medical Progress Notes, Other (Please Specify), Mental Illness or Mental Health Assessment, Drug and/or Alcohol Abuse Treatment, Symptomatic HIV/AIDS, Sexually Transmitted Disease (s), EKG Report, EEG Report, Summary of Medical History / Treatment

공개 목적 - 정보 용도 및 공개 목적에 대한 내용 제공

_____ 본인은 사회 복지국(DPSS)에서 본인의 수혜 자격을 결정할 수 있도록 본인의 의료 제공자가 ABP 1676-1 양식을 작성 완료하여 사회 복지국으로 보내도록 해야 한다는 것을 이해하고 이에 동의합니다.

본인으로부터 다른 승인을 받지 않은 또는 법이 이러한 사용이나 공개를 구체적으로 요구하거나 허용하지 않는 한 본인이 이 승인에 대해 서명한 것을 토대로 사용 또는 공개되는 의료 정보를 수신인이 추가로 사용 또는 공개할 수 없다는 것을 이해합니다.

이 승인에 대한 당신의 권리:

이 승인 양식의 사본을 받을 권리 - 만일 본인이 이 승인 양식에 서명할 경우, 서명한 이 양식의 사본을 제공받게 된다는 것을 이해합니다.

조건: 본인은 의료 제공자로부터 치료 받을 수 있는 본인의 역량에 영향을 받지 않고도 이 승인에 대한 서명을 거부할 수 있으나, 그렇게 하는 것이 DPSS 혜택을 받을 수 있는 본인의 자격에 영향을 줄 수 있다는 것을 이해합니다.

본인은 이 승인 양식에 대한 내용을 검토하고 이해할 수 있는 기회를 가졌습니다. 이 승인에 대해 서명하므로써, 본인은 이 승인이 본인이 바라는 것을 정확하게 반영한다는 것을 확정합니다.

_____ 환자/법정 대리인 서명

_____ 이름을 인쇄체로 기입

_____ 날짜

환자가 아닌 다른 사람이 서명할 경우, 환자와의 관계 및 그렇게 할 수 있는 권한에 대해 말씀해 주십시오:

_____ 날짜: ____/____/____

_____ 증인:

_____ 이름을 인쇄체로 기입

이 승인을 취소할 수 있는 권한 - 본인은 서면으로 DPSS 에 알림으로써 언제든지 이 승인을 취소할 수 있는 권한이 있다는 것을 이해합니다. 본인은 이 양식 하단에 있는 승인 취소란을 사용할 수 있습니다. 이 승인 취소를 다음 주소로 우송하거나 직접 전달해 주셔도 됩니다.

본인은 또한 승인 취소가 이 양식에 되어 있는 이전 승인과 관련된 의료 정보나 이유를 사용하거나 공개할 수 있는 DPSS 또는 다른 의료 제공자의 역량에 영향을 주지 않는다는 것을 이해합니다.

승인 취소

_____ 환자/법적 대리인 서명:

_____ 날짜:

_____ 환자가 아닌 다른 사람이 서명할 경우, 관계 및 그렇게 할 수 있는 권한에 대해 말씀해 주십시오: