



Authorization to Disclose or Request Protected Health Information

(Korean/한국어)

보호 대상의 건강 정보에 대한 공개 혹은 요청 허가서

(HIPAA Compliant Authorization Form)

(HIPAA 규격의 허가 양식)

I, _____
Name of Patient (Please Print) Patient's Date of Birth (mm/dd/yy) Patient's Phone Number
본인은 환자성명 (인쇄체 기입) 환자 생년월일 (월/일/연도) 환자 전화번호

of _____
Patient's Address
환자의 주소

hereby authorize the following Service Provider:
에 거주하며 다음 서비스 제공자에게 다음을 허가합니다:

County Agency/Program/Office: _____
카운티 에이전시/프로그램/사무소:
Address: _____
주소:

1. To disclose individually identifiable health information to and/or
본인을 대신하여 본인에게 신원이 밝혀지는 개인 건강 정보를 다음 개인에게 공개하며/하거나
 receive information on my behalf from:
다음으로부터 정보를 수령하는 것을 허가합니다.

_____ or his/her designee _____
Supervisor/County Official Name
수퍼바이저/카운티 공무원 또는 지정 대리인 성명

2. The following specific information is authorized: _____
다음의 특정 정보를 허가합니다:

3. This authorization is in effect for the period of time from _____ to _____
이 허가서의 유효 기간은 다음과 같습니다: (Date or Event) (Date or Event)
(날짜 또는 사건) 부터 (날짜 또는 사건) 까지

4. This authorization allows the indicated service provider to share the specified information for:
이 허가서는 표시된 서비스 제공자가 다음의 특정 정보를 공유하는 것을 허용합니다:

- A single use or disclosure available at the time of authorization
허가 시 사용 가능한 정보의 일 회 사용이나 공개
 On-going use or disclosure for the time period identified in Item 3
3 번에 명시된 기간 동안의 지속적인 사용이나 공개

5. The information will be used/disclosed for the following purpose(s): _____
이 정보는 다음 목적(들)로 사용/공개될 것입니다:

6. The source records for information disclosure:

정보 공개를 위한 출처 기록:

ARE protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2) because the records contain information on prior, current, or planned substance abuse treatment. If these records are protected by regulation 42 CFR Part 2, I understand the recipient is prohibited from making any further disclosure of this information unless expressly permitted by my written authorization, except as otherwise permitted within the regulation. 42 CFR Part 2 also restricts any use of this information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. 해당 기록에는 과거, 현재 또는 앞으로의 약물 남용 치료 계획에 관한 정보가 포함되므로 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 비밀유지에 관한 연방 법규(42 CFR Part 2)에 의해 보호됩니다. 이러한 기록이 42 CFR Part 2 법규의 보호 대상인 경우, 본인의 명시하는 허가서가 없이는 수령인이 이 정보를 더 이상 공개할 수 없다는 것을 본인은 이해합니다. 단 이 법규에서 달리 허가한 경우는 예외입니다. 또한, 42 CFR Part 2 는 알코올이나 약물 남용 환자를 형사적으로 조사하거나 처벌하는 데 이 정보를 사용하는 것을 금합니다.

ARE NOT protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2). If these records are not protected by 42 CFR Part 2, I understand the Federal Privacy Rule (45 CFR Part 160 and 164, HIPAA) requires I be advised that information used or disclosed based on this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by Federal HIPAA regulations.

해당 기록은 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 비밀유지에 관한 연방 법규에 의해 보호되지 않습니다. 이러한 기록이 42 CFR Part 2 에 의해 보호되지 않는 경우, 개인 비밀 보호에 관한 연방 규칙(45 CFR Part 160 and 164, HIPAA)에 의해 본 허가서에 의해 사용 또는 공개되는 정보가 재공개될 수 있으며 HIPAA 연방 법규에 의해 더 이상 보호되지 않음을 본인에게 알려주어야 한다는 것을 본인은 이해합니다.

7. I understand that:

본인은 다음을 이해합니다:

- Service providers using or disclosing information based on this authorization are to share the minimum necessary amount of the specified information to accomplish the purpose of the disclosure identified in Item 5.
본 허가서에 의해 정보를 사용하거나 공개하는 서비스 제공자는 5 번에 나와 있는 공개의 목적을 위해 필요한 가장 적은 분량의 정보를 공유해야 한다.
- Fairfax County will not condition the provision of services related to treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my decision to sign this authorization.
페어팩스 카운티는 본 허가서에 서명하는 본인의 결정과 관련하여, 치료, 지불, 등록 혹은 수혜 자격의 제공을 그 조건으로 하지 않는다.
- I may revoke (or cancel) this authorization at any time by submitting a written statement of revocation to the service provider whose address is provided above, except to the extent that the identified service provider already has taken action based on this authorization.
본인은 위에 그 주소가 나와 있는 서비스 제공자에게 취소 진술서를 지출하여 언제든지 본 허가를 취소(또는 취하)할 수 있으며, 본 허가서에 의해 해당 서비스 제공자가 이미 조처를 취한 경우는 예외이다.
- I have a right to request and receive a Notice of Privacy Practices from Fairfax County.
본인은 페어팩스 카운티로부터 개인 비밀 보호 방침서를 요청하여 받을 권리가 있다.
- The information to be released has been fully explained to me and this authorization is given of my own free will.
본인은 공개되는 정보에 대한 설명을 완전히 들었으며 이 허가는 자유 의사에 의한 것이다.

8. Please send or communicate the authorized information to the following address, phone number or fax number:

허가된 정보를 다음 주소, 전화번호 혹은 팩스 번호로 보내십시오:

Resident of Fairfax County Signature: _____ Date: _____
페어팩스 주민의 서명: _____ 날짜:

Relationship to patient: Self Parent of Minor Child Guardian Legally Authorized Representative
환자와의 관계: 자신 미성년자의 부모 후견인 법정 대리인