건강 기록 사용 및 공개에 대한 승인서
독립입양프로그램

출생날짜 _____인 나,_____는
생년월일 생/법적 부모 이름

다음과 같은 정보를 공개할 것을 승인한다.

- □ 나의 의료기록, 정신 혹은 신체적 상태, 관리, 치료에 대하여
- □ 나의 자녀들의 의료기록, 정신 혹은 신체적 상태, 관리 혹은 치료에 대하여

  자녀(들)_____

  출생일 _____

  아래의 기관에:
- □ 캘리포니아주 사회복지부 (CDSS)
- □ 지정된 지방 입양 기관

  주소: _____

  시, 주, 우편번호 (Zip Code):_____

  전화번호:_____

환자의 건강 기록 사용 및 공개에 대한 승인
제한규정/기간/권리

이 승인서는 입양 계획을 위한 목적으로 상기 기관(들)에 제한하여 정보를 공개한다.
이 승인서는 다음과 같은 의료정보에 제한된다:

- □ 의료정보 및 기록
- □ 심리사회적 정보와 기록
- □ 실험 또는 검사결과
- □ 다른 정보 및 설명: _____

- 나/자녀의 의료기록에서 특정요구되는 정보를 공개할 것을 승인한다.
- 나는 이 승인서에 의하여 공개된 정보는 수령인에 의해 재공개 될수 있으며 그 비밀성을 연방 비밀보호법에 의해 더 이상 보호 받지 못한다는 것을 이해한다. 그러나, 정보의 사용 또는 재공개는 가족 법전 조항 9200 외 참조 그리고 규정법 22 캘리포니아 규칙부분 35079 와 35049 외 참조에 의한 필수 요구사항의 대상이다.
- 이 승인서는 언제라도 취소될 수 있다. 취소요청을 받는 시기로 부터 그 효력을 갖는다. 다만, 이 승인서의 유효기간 중 사용 혹은 공개된 내용에는 효력을 가지지 않는다.
- 이 승인서는 즉시 효력을 가지며 서명의 날짜로 부터 일년 후 만료된다.
- 이 승인서의 사본은 원본과 같은 효력을 가진다.
- 이 승인서의 사본을 내가 소지할 권리가 있음을 인지한다.

사인 _____ 날짜:_____

이 서류는 건강 보험 이동성 및 책임 법령 (HIPAA)의 사생활보호법을 따른다.