

## 보호 대상의 건강 정보( PHI )의 이용 및 공개에 대한 허가 지침

1. 이 양식의 모든 항목을 작성하십시오. 누락 항목이 있는 양식은 접수되지 않습니다.
2. 기록물 요청 대상인 제공자/단체(들)을 기입하고 아래 차트에 명시된 대로 제출하십시오.
3. 알코올/약물치료, 정신 건강 치료, 유전 정보 또는 HIV(인체 면역 결핍 바이러스) 관련 비밀 정보를 포함해야 한다면, 1 번 아래 각 해당 유형 옆에 이니셜을 기입하십시오
  - 알코올 또는 약물치료 정보는 알코올/약물치료 프로그램에서 입수된 정보를 의미합니다.
  - 정신 건강 치료 정보는 뉴욕주 법률에 따라 보호되는 정신 건강 환자들의 신원 확인이 가능한 임상 기록물 또는 임상 정보를 의미합니다.
  - HIV 관련 비밀 정보는 HIV 관련 검사를 받았거나 HIV 관련 감염이나 질병(AIDS 포함)에 걸렸거나 HIV 에 노출된 사람임을 보여주는 정보를 의미합니다. 이것은 음성 결과를 포함합니다.
  - 유전 정보는 DNA 프로파일 분석을 포함해 유전 질환이나 유전 장애에 걸리기 쉬운 소인/체질과 관련된 유전적 변이의 존재 유무를 진단하기 위한 실험실 검사 정보를 의미합니다.

예상되는 수수료가 발생한다면 요청 이행 전에 공지해드립니다.

사이트	주소	전화번호
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department 에 직접 방문하실 경우: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 우편 주소: One Park Avenue, 3 <sup>rd</sup> Floor, New York, New York 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department 에 직접 방문하실 경우: 380 2 <sup>nd</sup> Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 우편 주소: 301 E 17 <sup>th</sup> St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department 에 직접 방문하실 경우: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 우편 주소: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, 옵션 4
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 <sup>th</sup> Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital - Brooklyn HIM Department 150 55 <sup>th</sup> Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	개별 진료실에 직접 문의하십시오	개별 진료실에 직접 문의하십시오
Family Health Centers at NYU Langone	매릴린 비엔토스, FHC 네트워크 운영 이사 (Director FHC Network Operations) <a href="mailto:FHCPatientRelations@nulangone.org">FHCPatientRelations@nulangone.org</a>	개별 진료실에 직접 문의하십시오
NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital - Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
사우스웨스트 브루클린 치과 진료 (Southwest Brooklyn Dental Practice)	수취인: Practice Manager 215 54 <sup>th</sup> Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
방사선 촬영 필름/영상 (Radiology Films/Images)	티쉬(Tisch): 560 1 <sup>st</sup> Ave, 2 <sup>nd</sup> Floor, NY, NY 10006 정형외과(Orthopedic Hospital): 301 East 17 <sup>th</sup> St, Suite 600/6 <sup>th</sup> Floor, NY, NY 10003 FGP 방사선과(FGP Radiology): NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue - 4 <sup>th</sup> Floor New York, NY 10016 다른 모든 부서의 위치: 영상 연구소에 직접 문의하십시오	티쉬(Tisch): 212-263-5227 정형외과(Orthopedic): 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 기타: 개별 진료실에 직접 문의하십시오

**NYU 랭곤 헬스 센터(NYU LANGONE HEALTH)**  
**보호 대상의 건강 정보(PHI)의 사용 및 공개에 대한 승인**

환자 이름	환자 생년월일	전화번호
환자 주소		

본인 또는 본인의 대리인은 본인의 치료에 관한 건강 정보를 이 양식에 명시된 대로 공개할 것을 요청합니다. 본인은 다음 사항들을 이해합니다.

1. **알코올/약물치료, 정신 건강 치료, 유전자 검사에 관한 정보 및/또는 HIV\* 관련 비밀 정보**는 본인이 특별히 허가하지 않는 한 공유되지 않습니다. 아래에 이니셜을 기재함으로써, 본인은 이 양식에 명시된 사람(들)에게 이러한 정보를 공개하는 것을 특별히 허가합니다.

	알코올 또는 약물 치료(알코올/약물 치료 프로그램 기록)
	정신 건강 치료 정보(추가 승인이 필요할 수 있는 정신과 치료 기록은 제외)
	유전자 검사 정보
	HIV/AIDS 관련 정보(법이 요구하는 경우 이 정보 공개 시 재공개 금지에 관한 진술이 반드시 포함되어야 합니다)

2. 위에 나열된 특정한 유형의 정보를 제외하면, 이 허가로 인해 공유되는 정보는 수령자가 재공유할 수 있으며 연방법이나 주법에 의해 더 이상 보호받지 못할 수도 있습니다. 본인이 HIV 관련 정보의 공유를 허가한다 하더라도 연방법이나 주법에서 허락하지 않는 한 정보 수령자는 이 정보를 본인의 허가 없이 공유할 수 없습니다. 본인은 본인의 HIV 관련 정보를 허가 없이 수령 또는 이용할 수 있는 사람의 명단을 요구할 수 있습니다. HIV 관련 정보의 공개로 인해 차별을 경험할 경우 본인은 212-480-2493 번으로 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights) 또는 212-306-7450 번으로 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 연락을 취할 수 있습니다. 이 기관들은 본인의 권리를 보호해야 할 책임이 있습니다.
3. 본인은 이 양식을 제출받은 제공자/단체에 (지침 페이지에 기록된 주소로) 서신을 보내 정보 공개 허가를 철회할 수 있습니다. 이 허가 철회는 NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health)가 본인의 허가에 따라 이미 공개한 정보를 제외한 모든 정보에 적용됩니다.
4. 이 허가서에 서명하는 것은 자발적인 의사에 의한 것입니다. NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health)는 예외적인 상황을 제외하면 이 허가서에 서명하거나 하지 않는 것을 치료, 지불, 건강보험 등록, 혜택 수혜에 대한 조건으로 내걸 수 없습니다.
5. 본인은 방사선 촬영 필름 원본을 요구할 때 NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health) 측에서 필름(아날로그) 사본을 보관하고 있지 않다는 것을 알고 있습니다. NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health)는 본인의 영상 기록 유지에 대한 모든 책임으로부터 자유롭습니다.

**정보를 공개하고자 하는 제공자/단체의 이름과 주소(지침 페이지 참조):**

**NYU 랭곤 헬스 센터(NYU LANGONE HEALTH)**

**정보 공개의 목적:**

- 본인의 요청                     치료의 지속성
- 기타(정부 혜택이나 프로그램을 위한 경우를 포함해 구체적으로 설명하십시오): \_\_\_\_\_

**이 정보의 수령자:**

- 본인       기타 (이름, 픽업에 필요한 ID): \_\_\_\_\_

**양식/형식(수수료가 부과될 수 있습니다. 공개 전에 대략적인 금액을 알려드립니다):**

- 서류 우편 발송:
- 픽업, 서류                     MyChart (60 일간 다운로드 가능)
- 팩스(번호): \_\_\_\_\_  CD/DVD                     USB
- 보안 이메일(30 일간 접속/다운로드 가능): \_\_\_\_\_
- 기타: \_\_\_\_\_

**공개될 정보에 대한 설명:**

- 위에 명시된 제공자/단체가 제공한 전체 의료 기록
- 다음 날짜에 해당하는 기록물: \_\_\_\_\_
- 방사선 검사 보고서 (검사 유형 및 날짜 기재): \_\_\_\_\_
- 방사선 촬영 필름/영상 (검사 유형 및 날짜 기재): \_\_\_\_\_
- 다음 날짜에 해당하는 정보의 초록(요약): \_\_\_\_\_
- NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health) 이외의 제공자가 위에서 명시한 제공자/단체에 발송했고 NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health)가 본인의 치료에 사용하기 위해 보관 중인 기록물
- 기타 (예: 청구 내역 기록물, 동의서): \_\_\_\_\_

이곳에서 달리 명시하지 않는 한 서명일로부터 1년 후에 정보 공개 허가 효력이 종료됩니다  
(특정한 사건 또는 날짜):

본인의 질문에 대한 대답을 받았습니다. 또한, 본인은 NYU 랭곤 헬스 센터(NYU Langone Health)로부터 이 양식을 작성해달라는 요청을 받았을 때 양식 사본도 제공받았습니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_ 오전/오후  
 (환자 또는 서명 권한을 위임받은 사람)  
 동의 서명한 사람과 환자가 동일인이 아닌 경우, 서명한 사람의 이름과 서명 권한의 유형을 기재하십시오.  
 요청 시 증빙 서류를 제출해야 합니다.

이름/권한: \_\_\_\_\_

\*AIDS의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공공 보건법(New York State Public Health Law)은 HIV 증상 또는 감염 환자를 식별할 수 있는 정보와 해당 환자의 연락처 정보를 보호합니다.

직원용: MRN: \_\_\_\_\_ 수령함: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이니셜: \_\_\_\_\_