

SAPC 치료 및 케어 코디네이션 동의서 작성 지침

본 동의서의 목적은 고객님의 치료 및 케어 코디네이션(치료 연계)을 목적으로, SAPC 제공자 네트워크 내의 귀하의 현재, 과거 및 미래의 치료 제공자 간에, 또는 귀하 또는 귀하의 대리인의 요청에 따라 본 동의서에 명시된 외부 기관 또는 개인에게, **42 CFR Part 2**(물질 남용 장애 정보)에 따라 보호되는 정보를 포함하여 귀하의 건강 정보를 공개 및 교환할 수 있도록 서면 허가를 제공하는 것입니다. 물질 남용 장애(SUD) 정보의 경우, 동의 및 공개 목적은 **42 CFR Part 2** 요건 및 모든 관련 연방 및 주(州) 법률과 일치해야 합니다. 귀하의 승인은 자발적인 것이며 서명을 거부할 수 있습니다. 잠시 시간을 내어 아래 지침을 읽어 주십시오.

각 섹션을 주의 깊게 읽어 주십시오

이 양식에는 다음을 설명하는 여러 섹션이 포함되어 있습니다:

- 공유될 수 있는 **정보**
- 정보를 보내고 받을 수 있는 **대상**
- 정보가 공유되는 **이유**
- 승인 **유효 기간**
- 정보 공개 승인을 철회하거나 제한할 수 있는 **귀하의 권리**

서명하기 전에 각 섹션을 철저히 읽고 검토하십시오.

공개할 수 있는 정보 명시

공개되는 정보의 유형이나 양을 제한하도록 선택할 수 있습니다. 다음의 공개를 승인할 수 있습니다:

- 귀하의 전체 건강 기록, **또는**
- 사용 및 공개를 승인하는 정보를 구체적으로 명시

귀하의 정보를 공유하고 받을 수 있는 대상

정보 공유를 승인할 대상을 명시해야 합니다. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다:

- SAPC의 제공자 네트워크 또는 기관, **또는**
- SAPC의 제공자 네트워크 또는 기관 내의 치료 제공자 선택, **또는**
- SAPC의 제공자 네트워크 또는 기관 외부의 하나 이상의 단체/개인 또는 중개자

섹션 II "건강 정보 공유 승인 대상"을 참조하십시오.

HIPAA 및 42 CFR Part 2에 따른 귀하의 권리 검토

이 양식은 연방 및 주 법률에 따른 귀하의 권리를 명시합니다. 귀하는 다음과 같은 권리를 가집니다.

- 이 승인서 **서명 거부**
- 서면 또는 대면으로 언제든지 승인 **철회**
- 작성된 양식의 **사본을 수령**
- 공유되는 정보를 **제한**
- 재공개 제한을 포함한 **기밀 보호를 기대**

HIPAA 및 42 CFR Part 2에 따른 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 섹션 IV '기타 중요 정보' 및 섹션 VI '공개 동반 통지'를 참조하시기 바랍니다.

승인 만료

이 승인은 귀하가 철회하기로 선택하지 않는 한, 귀하가 SAPC 제공자 네트워크로부터 서비스를 받는 동안 유효합니다.

귀하의 승인 권리에 대한 자세한 내용은 섹션 IV '기타 중요 정보' 및 섹션 VII '동의 철회'를 참조하십시오.

승인 철회

귀하는 담당 치료 제공자나 프로그램에 서면 또는 대면으로 통지하여 언제든지 승인을 철회할 수 있습니다. 철회는 철회 통지가 접수되기 전에 이미 공유된 정보에는 영향을 미치지 **않습니다**.

승인 철회 방법에 대한 자세한 내용은 섹션 IV '기타 중요 정보' 및 섹션 VII '동의 철회'를 참조하십시오.

전자적 교환 및 보안

모든 공개(전자적으로 이루어진 공개 포함)는 다음을 준수해야 합니다:

- **HIPAA** 요구 사항
- **42 CFR Part 2**
- 기타 적용 가능한 연방 및 주 **기밀 유지법**

양식에 서명 및 날짜 기입

귀하의 서명은 다음을 확인합니다:

- 귀하가 양식의 내용을 **이해함**
- 귀하가 설명된 **정보의 공개를 승인함**
- 귀하가 HIPAA 및 42 CFR Part 2에 따른 **귀하의 권리를 이해함**

법적 대리인으로서 서명하는 경우, 그렇게 할 수 있는 권한이 있음을 명시해야 합니다. 법적 권한의 예로는 부모, 법적 후견인, 재산 관리인, 유언 집행인, 위임장 소지자 및/또는 근친자가 있습니다. 귀하의 권한이나 관계를 입증하기 위해 추가 문서를 제출해야 할 수 있습니다.

만일 귀하가 표식에 의한 서명의 증인이라면, 해당 섹션에 본인의 정보를 작성해 주십시오.

작성된 양식 제출

서명된 양식을 귀하의 요청 처리를 담당하는 제공자, 프로그램 또는 기관에 제출하십시오. 기록을 위해 사본을 요청할 수 있습니다.

물질 남용 예방 및 관리과(SAPC)

치료 및 케어 코디네이션을 위한 물질 남용 장애 건강 정보 공개 동의

동의 및 공개 목적: 이 동의서는 고객의 치료 및 케어 조정을 목적으로, SAPC 제공자 네트워크 내의 현재, 과거 및 미래의 치료 제공자 간에, 그리고 고객의 요청 또는 고객의 법적 대리인의 요청에 따라 이 동의서에 명시된 외부 기관 또는 개인에게 42 CFR Part 2에 의해 보호되는 물질 남용 장애(SUD) 건강 정보를 공개하는 것을 승인합니다. 아래 옵션 중 하나 또는 둘 다를 선택하여 SAPC 제공자 네트워크 내의 현재, 과거 및 미래 치료 제공자 간에 정보를 공유하도록 승인할지, 아니면 SAPC 제공자 네트워크와 SAPC 제공자 네트워크 외부의 하나 이상의 외부 기관/개인 또는 중개자 간에 정보를 공유하도록 승인할지 표시하십시오:

☐ SAPC 제공자 네트워크 내

☐ SAPC 제공자 네트워크 외부

이 섹션에서 선택한 내용은 섹션 II에서 선택한 내용과 일치해야 합니다. 건강 정보 공유가 승인된 기관.

I. 고객 정보		
성명(성, 이름, 중간 이름):	생년월일:	Medi-Cal 번호:
이메일 주소: 이메일 주소를 제공함으로써 귀하는 SAPC 및 SAPC 제공자 네트워크가 이메일을 통해 귀하에게 연락하는 것에 동의하게 됩니다.	전화번호:	SSN(사회보장번호) 마지막 4자리:
주소:		Sage ID 번호:
II. 건강 정보 공유가 승인된 기관		
본인은 치료 및 진료 조정 목적으로, 본인의 현재, 과거 및 미래의 치료 제공자가 본인의 42 CFR Part 2 보호 대상 SUD(물질 사용 장애) 건강 정보를 아래 명시된 기관과 교환하는 것에 동의합니다. 아래 옵션 중 하나 이상을 선택하십시오. 'SAPC 제공자 네트워크 내' 옵션 중 하나만 선택할 수 있습니다. 아래에서 선택한 옵션은 이 문서 상단에서 선택한 옵션과 일치해야 합니다. ☐ SAPC 전체 제공자 네트워크: <u>SAPC 제공자 네트워크 내의</u> 모든 치료 제공자와 공유. 이 항목만 선택하는 경우, 섹션 III으로 건너뛰십시오. 공개 범위. ☐ SAPC 제공자 기관 선택: 아래에 명시된 <u>SAPC 제공자 네트워크 내의</u> 특정 치료 제공자와 공유. ☐ SAPC 제공자 네트워크 외: 아래에 명시된 <u>SAPC 제공자 네트워크 외부의</u> 기관/개인 또는 중개자와 공유. 아래 제공된 공간을 사용하여 귀하의 보호 대상 SUD 정보를 공개하도록 승인하는 SAPC 제공자 네트워크 내의 선정된 제공자 및/또는 외부 기관의 연락처 정보를 입력하십시오. 추가 공간이 필요한 경우, 나열된 기관이 포함된 페이지를 이 동의서 끝에 첨부하십시오.		

1. 기관명: _____
주소: _____
전화번호: _____ 팩스 번호: _____
이메일: _____ 웹사이트: _____
2. 기관명: _____
주소: _____
전화번호: _____ 팩스 번호: _____
이메일: _____ 웹사이트: _____
3. 기관명: _____
주소: _____
전화번호: _____ 팩스 번호: _____
이메일: _____ 웹사이트: _____

III. 공개 범위

본인은 섹션 II에 명시된 기관이 아래에 지정된 보호 대상 건강 정보를 공유하는 것에 동의합니다.

아래 옵션 중 하나를 선택하십시오.

☐ 전체 건강 기록

☐ 기타: _____

사용 및 공개를 승인하는 정보를 명시하십시오.

IV. 기타 중요 정보

이 동의서에 서명함으로써 본인은 다음 사항을 이해합니다:

- **동의 만료** - 이 승인은 본인이 SAPC 제공자 네트워크로부터 서비스를 받는 동안 또는 달리 철회되지 않는 한 유효합니다.
- 본인의 알코올 및/또는 약물 치료 기록의 경우, 기밀 유지 및 약물 남용 환자 기록을 규정하는 연방 규정(42 C.F.R. Part 2)과 1996년 건강 보험 이동성 및 책임법(HIPAA, 45 C.F.R. Parts 160 및 164)에 따라 보호되며, 규정에서 달리 허용하지 않는 한 본인의 서면 동의 없이 공개될 수 없습니다.
- 본인에게는 이 동의서 사본을 받을 권리가 있습니다. 이 동의서의 사본은 원본과 동일한 효력을 갖습니다.
- **재공개 정보** - 보장 대상 기관 또는 사업 관계자/업체 관계자에게 공개된 알코올 또는 약물 치료 관련 정보는 HIPAA 규정에 포함된 허가에 따라 재공개될 수 있습니다.
- **재공개 제한** - 공개된 정보는 42 C.F.R. Part 2에 따라 이 목적만을 위한 추가 동의서 없이는 고객에 대한 민사, 형사, 행정 및 입법 절차를 위해 재공개될 수 없습니다. 법적 목적을 위한 공개에는 별도의 동의가 필요합니다.
- 본인은 이 동의서에 따라 사용되거나 공개된 정보가 수령인에 의해 재공개될 수 있으며 더 이상 42 C.F.R. Part 2에 의해 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 치료를 담당하는 약물 사용 제공자에게 서면 또는 대면으로 언제든지 이 동의를 철회할 권리가 있습니다. 단, 본인의 치료 제공자나 기타 합법적인 보유자가 이미 이를 신뢰하여 조치를 취한 범위는 제외됩니다. 본인은 이 동의서의 '동의 철회' 섹션을 사용하여 이 동의서를 서면으로 종료할 수 있습니다. 본인의 동의 철회서가 접수되면, 내 치료 제공자 또는 SAPC는 향후 정보 공개에 대한 동의를 철회합니다. 본인은 이 동의서를 철회하기 전에 이루어진 공개는 회수할 수 없으며, 공개를 받은 기관은 해당 정보를 반환하거나 폐기할 의무가 없음을 이해합니다.

V. 고객 또는 법적 대리인의 서명

아래에 서명함으로써 본인은 동의서를 읽었으며, 본인의 서명이 이 양식에 설명된 대로 본인의 건강 정보 공개를 승인한다는 것을 이해함을 확인합니다. 본인은 이 양식에 서명하는 것이 자발적이며 서명을 거부할 권리가 있음을 이해합니다.

고객 또는 고객의 법적 대리인의 성명 및 서명:

고객이 글을 쓸 수 없는 경우, 서명란에 표시를 할 수 있습니다. 표시에 의한 서명은 두 명의 증인이 필요합니다. 증인은 고객의 성명란에 고객의 이름을 기재하고, 아래 지정된 증인란 중 하나에 자신의 이름을 기재하고 서명해야 합니다. 두 번째 증인은 고객의 표시에 의한 서명을 확인하기 위해 다른 증인란에 자신의 이름을 기재하고 서명해야 합니다.

성명(이름 중간이름 성)

서명

월 / 일 / 년

고객의 법적 대리인이 서명하는 경우, 관계 및 권한을 명시합니다:

고객이 글을 쓸 수 없어 위에 서명 대신 표시를 한 경우, 두 명의 증인이 아래에 이름을 쓰고 서명하여 증인 섹션을 완료해야 합니다.

1. _____
증인 성명 기재 (이름 중간이름 성)

2. _____
증인 성명 기재 (이름 중간이름 성)

서명

서명

VI. 공개와 함께 제공되는 통지

귀하에게 공개된 이 기록은 연방 기밀 유지 규정([42 CFR part 2](#))에 의해 보호됩니다. 이 규정은 귀하가 환자의 동의에 의해 승인되지 않는 한, 또는 [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#)에 규정된 경우나 [42 CFR 2.64](#) 또는 [2.65](#)에 따라 법원의 승인을 받은 경우를 제외하고, 연방, 주 또는 지방 당국이 환자를 상대로 제기하는 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에서 이 기록을 사용하거나 공개하는 것, 또는 이 기록에 포함된 정보를 설명하는 증언을 하는 것을 금지합니다. 또한, 연방 규정은 다음 중 하나 이상이 적용되지 않는 한 귀하가 이 기록을 다른 용도로 사용하거나 공개하는 것을 금지합니다:

- (i) 이 기록에 정보가 공개되는 개인의 서면 동의에 의해 명시적으로 허용되거나 [42 CFR part 2](#)에서 달리 허용하는 경우.
- (ii) 귀하가 보장 대상자(covered entity) 또는 사업 관계자/업체 관계자이며 치료, 결제 또는 의료 운영을 위해 기록을 받은 경우, 또는
- (iii) [45 CFR part 164, subparts A](#) 및 [E](#)에서 허용하는 바에 따라 보장 대상자(covered entity) 또는 사업 관계자/업체 관계자로부터 기록을 받은 경우.

의료 정보 또는 기타 정보 공개에 대한 일반적인 승인만으로는 해당 기록의 추가 이용 또는 재공개에 필요한 서면 동의의 필수 요건을 충족하기에 충분하지 않습니다([42 CFR 2.31](#) 참조).

VII. 동의 철회

본인은 본 섹션을 작성하고 치료 제공자에게 우편 또는 대면으로 동의 철회서를 제출함으로써 언제든지 이 동의서를 철회할 권리가 있습니다. 단, 제공자나 기타 합법적인 보유자가 이미 이를 신뢰하여 조치를 취한 범위는 제외됩니다.

약물 사용 치료 제공 기관 주소:

기관명: _____

도로명 주소 (1행): _____

도로명 주소 (2행: 아파트/호수/단지): _____

도시, 주 및 우편번호: _____

동의 철회서가 접수되면, 제공자는 향후 정보 공개를 위한 동의서를 철회할 것입니다. 철회 접수 이전에 이루어진 공개는 회수할 수 없습니다.

아래에 서명함으로써, 본인은 향후 정보 공개에 대한 동의를 철회합니다. 본인은 이 철회서가 접수되기 전에 이루어진 모든 공개는 취소하거나 회수할 수 없음을 이해합니다.

고객 또는 고객의 법적 대리인의 성명 및 서명:

고객이 글을 쓸 수 없는 경우, 서명란에 표시를 할 수 있습니다. 표시에 의한 서명은 두 명의 증인이 필요합니다. 증인은 고객의 성명란에 고객의 이름을 기재하고, 아래 지정된 증인란 중 하나에 자신의 이름을 기재하고 서명해야 합니다. 두 번째 증인은 고객의 표시에 의한 서명을 확인하기 위해 다른 증인란에 자신의 이름을 기재하고 서명해야 합니다.

성명 기재 (이름 중간이름 성)

서명

_____/_____/_____
월 일 년

고객의 법적 대리인이 서명하는 경우, 관계 및 권한을 명시하십시오:

고객이 글을 쓸 수 없어 위에 서명 대신 표시를 한 경우, 두 명의 증인이 아래에 이름을 쓰고 서명하여 증인 섹션을 완료해야 합니다.

1. _____	2. _____
증인 성명 기재 (이름 중간이름 성)	증인 성명 기재 (이름 중간이름 성)
_____	_____
서명	서명

SAPC에 직접 정보 공개 동의서를 제출한 고객은 작성된 동의 철회서를 보안 이메일이나 아래 나열된 주소로 우편을 통해 반송할 수 있습니다. 요청의 정당성을 확인하기 위해 공식 정부 발행 신분증 사본을 동봉해야 합니다.

SAPC 우편 주소

Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

이메일 주소:

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

참고: SAPC와 직접 정보 공개 동의서를 작성하지 않은 고객이 SAPC에 제출한 철회 요청이나 유효한 정부 발행 신분증 사본 없이 제출된 요청은 처리되지 않습니다.

SAPC 치료 및 케어 코디네이션(치료 연계) 동의서 작성 방법

동의 및 공개 목적 (양식 상단)

이 섹션은 귀하의 **SUD(물질 남용 장애)** 정보를 누구와 공유할 수 있는지 결정합니다. 여기에서의 선택이 섹션 II와 일치하는지 확인하십시오.

1단계 — 목적 진술문을 읽으십시오.

1. 이는 이 양식이 '**고객의 치료 및 케어 코디네이션을 목적으로**' 42 CFR Part 2의 보호를 받는 SUD 정보를 공개하도록 승인함을 설명합니다.

2단계 — 하나 이상의 옵션을 선택하십시오

1. 다음 체크박스 중 하나 또는 둘 다를 선택하십시오:
 - a. **SAPC 제공자 네트워크 내:** 귀하의 정보가 SAPC와 계약된 SUD 제공자들 사이에서만 공유되기를 원하는 경우 선택하십시오.
 - b. **SAPC 제공자 네트워크 외부:** 귀하의 정보가 외부 기관(예: 일차 진료, 정신 건강, 보호 관찰, 특정 병원, 본인 등)과 공유되기를 원하는 경우 선택하십시오.

섹션 I — 고객 정보

SAPC와 귀하의 제공자가 귀하의 기록을 정확하게 식별할 수 있도록 개인 정보를 기입하십시오.

1. **성명:** 법적 성명 전체를 기재하십시오(성, 이름, 중간 이름).
2. **생년월일:** MM/DD/YYYY 형식을 사용하십시오.
3. **Medi-Cal 번호:** Medi-Cal 번호가 있는 경우 입력하십시오.
4. **이메일 주소:** 정기적으로 확인하는 이메일 주소를 입력하십시오.
5. **전화번호:** 연락드리기 가장 좋은 전화번호를 입력하십시오.
6. **SSN 마지막 4자리:** 사회보장번호(SSN)의 마지막 네 자리만 입력하십시오. SSN이 없거나 SSN을 모르는 경우, 공란으로 두십시오.
7. **주소:** 현재 우편 주소.
8. **Sage ID 번호:** 알고 있는 경우 Sage EHR 의료 기록 번호를 제공하십시오. 모르는 경우, 공란으로 두거나 담당 제공자에게 문의하십시오.

섹션 II — 건강 정보 공유 승인 기관

이 섹션은 귀하의 선택에 따라 **귀하의 SUD 정보를 교환할 수 있는 대상**을 식별합니다.

1단계 — 하나 이상의 옵션 선택

귀하의 필요에 맞는 옵션을 선택하십시오:

1. **SAPC 전체 제공자 네트워크**
 - a. 기관 간의 진료를 완전히 조정하기 위해 귀하의 치료 제공자가 전체 SAPC SUD 제공자 네트워크와 데이터를 교환할 수 있도록 하려면 선택하십시오.
 - b. 이 항목만 선택한 경우, 섹션 III으로 건너뛸 수 있습니다.
2. **SAPC 제공자 기관 선택**
 - a. 귀하의 SUD 제공자가 특정 다른 SAPC 제공자와만 정보를 교환하도록 승인하려면 선택하십시오.
 - b. 귀하의 건강 정보를 요청하거나 공유하고자 하는 각 SAPC 제공자에게 요청된 구체적인 정보를 제공해야 합니다.

3. SAPC 제공자 네트워크 외부

- a. 귀하의 정보가 외부 기관(예: 정신건강국, 보건국, 일차 진료 의사, 병원, 학교 등)과 공유되기를 원하는 경우 선택하십시오.
- b. 귀하의 건강 정보를 요청하거나 공유하고자 하는 각 기관에게 요청된 구체적인 정보를 제공해야 합니다.

2단계 — 기관 세부 정보 기입 (해당되는 경우)

귀하가 승인하는 각 SAPC 제공자 또는 외부 기관에 대해 다음을 기입하십시오:

- **기관명** (전체 이름, 약어 사용 금지)
- **주소** (전체 우편 주소)
- **전화번호** (지역 번호 포함)
- **팩스 번호** (알고 있는 경우)
- **이메일** (알고 있는 경우)
- **웹사이트** (선택 사항)

3단계 — 필요한 경우 추가 페이지를 사용하십시오

세 곳 이상의 기관이 있는 경우, 나머지를 별도의 용지에 기재하여 첨부하십시오.

섹션 III — 공개 범위

이 섹션은 어떤 정보가 사용되거나 공개될 수 있는지 정의합니다.

1단계 — 하나의 옵션을 선택하십시오

- ☐ **나의 전체 건강 기록:** 케어 코디네이션(Care Coordination)을 위해 전체 SUD 기록을 제공하고자 할 경우 선택하십시오.
- ☐ **기타:** 공유 범위를 제한하고자 할 경우 선택하십시오.

2단계 — '기타'를 선택한 경우, 공개 가능한 정보를 정확히 명시하십시오

제공자가 허용된 범위를 알 수 있도록 최대한 구체적으로 작성하십시오.

예시:

- “치료 날짜만”
- “평가 및 진단만”
- “약물 목록”
- “프로그램 참여 증명”
- “진료 경과 보고서만”

섹션 IV — 기타 중요 정보

이 섹션에는 아무것도 작성할 필요가 없습니다. 각 하위 섹션을 주의 깊게 읽으십시오.

- **만료:** 귀하의 동의는 귀하가 철회할 때까지 유효합니다.
- **보호:** 귀하의 기록은 **42 CFR Part 2** 및 **HIPAA**에 따른 연방법의 보호를 받습니다.
- **서명 거부 권리:** 서명을 거부할 수 있으나, 이 경우 **귀하의 기록은 공개되지 않습니다.**
- **사본 요청 권리:** 서명된 동의서의 사본을 요청할 수 있습니다.
- **재공개:** HIPAA에 따라, 귀하의 정보 중 일부는 제한된 상황에서 수신 기관에 의해 재공개될 수 있습니다.
- **법적 보호:** 귀하의 정보는 별도의 동의 없이 법적 절차에 사용될 수 없습니다.
- **철회 권리:** 귀하는 언제든지 이 동의를 철회할 수 있습니다. 이미 공유된 정보는 회수할 수 없습니다.

섹션 V — 고객 또는 법적 대리인의 서명

이곳은 귀하가 공식적으로 공개를 승인하는 곳입니다.

1. **성명(정자체):** 귀하의 전체 법적 성명.
2. **서명:** 귀하의 이름을 서명하십시오.
 - a. 글을 쓸 수 없는 경우, 표시(mark)로 서명할 수 있습니다.
 - b. 표시로 서명하는 경우, **두 명의 증인**이 증인 섹션을 작성해야 합니다.
3. **날짜:** 서명한 날짜를 기입하십시오.
4. **법적 대리인이 서명하는 경우:**
 - a. 관계(예: 부모, 후견인 등)를 명시하십시오.
 - b. 권한(예: 법원 명령, 재산 관리인 등)을 명시하십시오.
5. **증인 섹션 (고객이 표시로 서명하는 경우에만 해당)**
 두 명의 증인은 다음을 수행해야 합니다:
 - 이름을 알아볼 수 있게 정자로 기재
 - 서명

법적 대리인이 서명하는 경우, 그 관계와 법적 권한을 명시해야 합니다. 고객이 **표시로 서명하는** 경우, 두 명의 증인이 이름을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

섹션 VI — 공개 동반 통지문

이는 귀하의 정보와 함께 제공될 필수 42 CFR Part 2 기밀 유지 통지문입니다. 이 섹션에는 작성할 내용이 없습니다. 공개 동반 통지문은 이 양식의 서명으로 승인되어 공개되는 기록과 함께 제공되는 기밀 유지 통지문입니다. 기밀 유지 통지문은 수신자에게 수신된 기록이 주 및 연방 기밀 유지법에 따라 보호되며, 이 동의서에 의해 승인되지 않은 다른 기관과 공유될 수 없음을 알립니다.

섹션 VII — 동의 철회

이 섹션은 **동의를 철회하고자 할 때(즉, 향후에)**만 작성하십시오.

1단계 — 제공자 정보

치료 제공자의 다음 정보를 기입하십시오:

- 기관명
- 전체 우편 주소

2단계 — 철회 서명

1. **성명(정자체)**
2. **서명하십시오(또는 표시를 하십시오).**
3. **철회 날짜를 기재하십시오(MM/DD/YYYY)**
4. If a **legal representative** signs, **state relationship and authority** to do so
5. SAPC에 직접 제출하는 경우, 신원 확인을 위해 **정부 발행 신분증 사본을 동봉하십시오**

3단계 — 증인(표시로 서명하는 경우)

두 명의 증인이 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

4단계 — 철회서 제출

원래 동의서를 SAPC에 직접 제출한 경우, 다음과 같은 방법으로 철회서를 보낼 수 있습니다:

- **보안 이메일(SAPC-HIM@ph.lacounty.gov)**로 전송(정부 발행 신분증 사본 포함 필수)

- 양식에 기재된 SAPC 주소로 **우편 발송**

양식의 지침에 따라 귀하의 제공자, 기관 또는 SAPC로 철회서를 보내주십시오.

추가 정의

승인 / 동의

다음 사항을 포함하여 42 CFR Part 2의 모든 요건을 충족하는 서면 서명 문서:

- 공개 목적
- 공개 가능자
- 수령 가능자
- 공유 가능한 정보
- 만료
- 서명 및 날짜

각 SAPC ROI 양식은 특정 목적에 맞게 이러한 요건을 충족하도록 설계되었습니다

케어 코디네이션(Care Coordination)

클라이언트의 치료, 의뢰, 사례 관리자 및 지속적인 케어를 지원하기 위한 제공자 간의 의사소통 및 협력.

클라이언트

물질 남용 장애(SUD) 서비스를 받는 개인. 클라이언트는 ROI에 서명할 때 개인건강정보(PHI)가 공유될 수 있는 당사자입니다.

주체(Entity)

SUD 정보를 수령하거나 공개할 권한이 있는 모든 조직, 기관, 제공자, 법원, 변호사 또는 개인. 예: SAPC 제공자, DHCS, 관리형 의료 플랜(Managed Care Plans), 법원, 보호관찰소, 일차 진료 제공자.

법적 절차

SUD 정보가 요청되거나 클라이언트에게 불리하게 사용될 수 있는 모든 형사, 민사, 행정 또는 입법 절차. 예: 법원 심리, 보호관찰, 아동 복지 사건, 사회 보장 혜택 결정 심리.

법적 대리인

클라이언트를 대신하여 결정을 내릴 법적 권한이 있는 사람. 예시:

- 법원 지정 후견인
- 법적 보호자
- 미성년자의 부모(문서화된 법적 권한이 있는 경우에만 ROI에 서명할 수 있음)

최소 필요 기준

HIPAA 정의에 따라, 동의 목적 달성에 필요한 최소한의 정보만 공유할 수 있습니다.

지불 및 보건의료 운영

SUD 서비스를 청구, 지불 또는 관리하는 데 필요한 행정 활동(다음 포함):

- Medi-Cal 청구
- 자격 확인
- 이용도 검토
- 품질 개선

- 감사 및 규정 준수 검토

재공개

최초 공개 후 SUD 정보를 공유하는 모든 행위. 42 CFR Part 2에 따라 법적 절차를 제외하고 재공개가 **허용됩니다**.

동의 철회

클라이언트는 언제든지 동의를 철회할 권리가 있습니다. 동의를 철회하더라도 동의가 유효했던 시점에 이미 이루어진 과거의 공개를 되돌릴 수는 없습니다. 철회는 서면으로 하거나 ROI 양식의 철회 섹션을 사용하여 완료해야 합니다.

제3자 지불자

클라이언트 본인 외에 SUD 서비스 비용을 지불하거나 상환할 책임이 있는 모든 주체. 예: Medi-Cal, DHCS, 관리형 의료 플랜, 민간 보험.

치료 제공자 / SAPC 제공자 네트워크

LA 카운티 SAPC와 계약된 모든 SUD 치료 프로그램으로, 외래, 거주, OTP, 금단 증상 관리 및 회복 지원 프로그램을 포함.

증인

내담자가 (서명을 할 수 없어) **표시(mark)를 통해** 정보 공개 동의서(ROI)에 서명하는 것을 지켜보는 사람. 표시(mark)가 유효한 것으로 간주되려면 두(2) 명의 증인이 이름을 정자로 쓰고 서명해야 합니다.