

헬스홈 제공기관

이 양식에 서명함으로써본인이 \_\_\_\_\_ 헬스홈(Health Home) 프로그램에 참여 의사가  
없음을 밝히는 바입니다. 헬스홈 명칭 \_\_\_\_\_

헬스홈 프로그램에 더 이상 참여하지 않기로 결정함에 따라, 이 양식에 서명함은 헬스홈 서비스가 지역 건강 정보 기관 (RHIO) 및/또는 정신건강국(OMH) PSYCKES 및/또는 발달장애국 TABS/CHOICES 컴퓨터 시스템을 포함한 헬스홈 프로그램 내 제공기관 및 기타 기관에 본인의 개인 건강 정보를 허락 없이 제공할 수 없음을 의미합니다. RHIO 및/또는 PSYCKES와의 별도 계약서에 서명하는 경우, RHIO 및/또는 PSYCKES 및/또는 TABS/CHOICES를 통해 개인 건강 정보를 서비스 제공기관 및 기타 기관과 공유하도록 하는 본인의 승인은 지속적으로 유효합니다. 기존에 본인의 건강 정보를 보유한 헬스홈 제공기관이 정보를 되돌려주거나 삭제할 필요가 없음을 이해합니다. 그러나, 본인이 이 양식에 서명한 이후에는 헬스홈 제공기관이 더 이상 본인의 건강 정보를 수집, 열람, 복사, 공유할 수 없습니다. "개인 건강 정보"에는 건강, 정신 건강, 발달 장애, 알코올 및 약물 중독 치료 정보, 및/또는 HIV/AIDS 정보가 포함될 수 있음을 인지하고 있습니다.

개인 건강 정보는 뉴욕주와 미연방 법률, 규정에 의해 지속적으로 보호받고 있음을 알고 있습니다. 현재 본인의 건강 정보를 보유한 헬스홈 협력기관들은 반드시 이러한 모든 법률을 준수해야 합니다.

또한 헬스홈 프로그램 참여를 종료했어도 의료 서비스나 직접 의료 관리 서비스를 받을 수 있음을 알고 있습니다.

기존에 서명한 모든 헬스홈 동의서는 이로써 전부 취소합니다.

환자명(정자체)

환자 생년월일

환자 또는 법정 대리인 서명

날짜

법정 대리인 성명(정자체/해당되는 경우)

법정 대리인과 환자와의 관계(해당되는 경우)

### 환자 정보 및 동의 절차 철회 관련 상세 사항

#### 1. 협력기관들은 앞으로 어떻게 본인의 정보를 사용하게 됩니까?

협력기관들은 더 이상 귀하의 건강 정보를 사용하지 못합니다.

#### 2. 본인의 건강 정보는 어떻게 됩니까??

이미 귀하의정보를 보유한 상태이지만, 여전히 뉴욕주와 미국 법률에 따라 해당정보를 보호해야 할 의무가 지속적으로있는 헬스홈 제공기관이 당신의 건강 정보를 보관하게 됩니다.

#### 3. 본인의 건강 정보 공유와 관련된 법률이나 규정은 무엇입니까?

뉴욕 교육법 6530(23)절, 정신 위생법 33.13절, 뉴욕 공중 보건법 27-F조, 1996년도 연방 건강보험 양도 및 책임에 관한 법률(HIPAA) (45 CFR 파트 160 및 파트 164), 연방 기밀 유지 법규(42 CFR Part 2)등이 있습니다.

#### 4. 동의철회 후 누가 본인의 정보를 수집 및 열람할 수 있습니까?

어느 누구도 귀하의 건강정보를 새로 수집할 수 없지만, 이미 공개된 정보는 회수할 수 없습니다. 이미 공개된 건강정보를 열람할 수 있는 대상은 다음과 같습니다. 동의를 철회하기 전 헬스홈 프로그램에 참여했던 관련자들로, 의사 및 헬스홈 협력기관에서 근무하던 사람들과 귀하의 의료 서비스에 관여했던 이들; 귀하에게 의료 서비스를 제공한 헬스홈 협력기관에서 근무하는 의료 서비스 제공자; 헬스홈 협력기관에서 근무하며 귀하의 건강보험 확인을 도우거나 모든 환자를 위해 의료 서비스를 연구하고 개선한 이들. 또한 귀하의 주치의나 건강관리 제공자가 아닌 신규 약국, 신규 병원, 또는 다른 제공 기관에서 의료서비스를 받았을 경우 건강보험 보장 범위나 헬스홈 제공기관 이름같은 일부 정보가 이러한 기관에 제공될 수 있습니다.

#### 5. 누군가 허락 없이 본인의 정보를 사용할 경우 어떻게

이러한 일이 발생할 경우, 다음과 같이 할 수 있습니다.

- Medicaid Helpline(메디케이드 콜센터) 1-800-541-2831로 연락하십시오.
- US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights(미국 연방 보건후생부 민권국) 1-800-368-1019에 연락하거나 <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>에서 서면 민원을 제출할 수 있습니다.

또한 다음 조치를 취할 수도 있습니다.

- 귀하의 기록을 열람하도록 허락된 협력 기관에 전화하십시오.
- 담당 건강 관리사나 Health Home \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_, 또는
- Managed Care Plan(관리형 의료 보험)에 가입되어 있다면 가입된 Managed Care Plan에 연락하십시오.

**6. 동의 철회 효력은 얼마나 지속됩니까?**

동의 철회 효력은 헬스홈 서비스에 신규 동의 서명하는 날까지 지속됩니다.

**7. 나중에 마음이 바뀌어 헬스홈 프로그램에 참여해 본인의 건강 정보를 공유하고 싶다면 어떻게 해야 합니까?**

생각이 바뀌었다면 귀하의 건강보험 또는 이전 헬스홈에 다시 참여하고 싶다는 사실을 알려주십시오.

**8. 이 양식의 사본은 어디서 구할 수 있습니까?**

동의 철회 양식에 서명한 후, 사본을 요청하시면 됩니다.