COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

치료 및 돌봄 조정을 위한 SAPC 동의서 작성 안내

이 동의서는 귀하의 건강정보를 제공하고 교환하는 것을 서면으로 허용하기 위한 것입니다. 여기에는 **42 C.F.R. Part 2에 따라** 보호되는 정보(물질 사용 장애 정보)가 포함됩니다. 정보는 SAPC 제공자 네트워크에서 귀하를 현재, 과거 또는 향후 치료하는 제공자 간에 교환되며, 귀하 또는 적법한 권한을 가진 귀하의 대리인의 요청에 따라 이 동의서에 명시된 외부 기관이나 개인에게도 제공됩니다. 이러한 정보 제공은 이용자의 치료 및 돌봄 조정을 목적으로 합니다. 물질 사용 장애(SUD) 정보에 대한 동의 및 제공의 목적은 **42 C.F.R. Part 2**의 요건과 적용되는 모든 연방법 및 주법을 준수해야 합니다. 동의는 자발적이며, 귀하는 서명을 거부할 수 있습니다. 아래 안내를 잠시 읽어 주십시오.

각 항목을 주의 깊게 읽으십시오

이 동의서의 각 항목은 다음 내용을 설명합니다.

- 공유할 수 있는 **정보**
- 정보를 제공하고 받을 수 있는 **대상**
- 정보를 공유하는 **이유**
- 동의 **유효기간**
- 정보 제공 허가를 철회하거나 제한할 **권리**

서명하기 전에 **각 항목을 꼼꼼히 읽고 확인하**십시오.

제공할 정보를 구체적으로 명시하십시오

제공할 정보의 종류나 양을 제한할 수 있습니다. 다음 중 하나를 선택하여 정보의 제공을 허용할 수 있습니다.

- 귀하의 전체 건강기록 **또는**
- 이용 및 제공을 허용하는 정보를 구체적으로 명시

귀하의 정보를 공유하고 받을 수 있는 대상

누구와 정보를 공유하도록 허용할지 명시해야 합니다. 다음 중에서 선택할 수 있습니다.

- SAPC 제공자 네트워크 또는 해당 기관 전체 **또는**
- SAPC 제공자 네트워크 또는 해당 기관 중 선택한 치료 제공자 **또는**
- SAPC 제공자 네트워크 또는 소속 기관 외부의 하나 이상의 기관, 개인 또는 중개자

제II항 '건강정보 공유를 허용받은 대상'을 참조하십시오.

HIPAA 및 42 C.F.R. Part 2 에 따른 권리를 확인하십시오

이 동의서는 연방법 및 주법에 따른 귀하의 권리를 설명합니다. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 이 동의서에 대한 **서명을 거부할 권리**
- 언제든지 서면으로 또는 직접 **동의를 철회할 권리**

- 작성이 완료된 동의서의 **사본을 받을 권리**
- 공유할 정보를 **제한할 권리**
- **정보의 비밀 유지 보호를 받을 권리**(재제공 제한 포함)

HIPAA 및 42 C.F.R. Part 2에 따른 권리에 관한 자세한 내용은 제IV항 '기타 중요 정보'와 제VI항 '정보 제공 시 함께 보내는 고지문'을 참조하십시오.

동의 유효기간

이 동의서는 서명일로부터 1년 후에 만료됩니다. 다만, 지정된 칸에 다른 만료일을 기재하거나 동의를 철회하는 경우에는 예외입니다.
서명일로부터 1년이 되기 전이나 후의 날짜를 만료일로 지정할 수 있습니다. 만료일을 지정하지 않으면 제공자가 동의서 서명일로부터 1년 후의 날짜를 기재합니다.

동의와 관련된 권리에 대한 자세한 내용은 제IV항 '기타 중요 정보'와 제VII항 '동의 철회'를 참조하십시오.

동의 철회

현재 본인을 치료하는 제공자 또는 프로그램에 서면으로 통보하거나 직접 통보하여 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 만료일 전에 동의를 철회하면 이 동의서는 철회된 것으로 봅니다. 철회 통보가 접수되기 전에 이미 제공된 정보는 **회수할 수 없습니다**.

미성년자의 SUD 상담이나 치료에 부모, 후견인 또는 법적 대리인의 동의가 필요한 경우, 동의 철회 항목에는 미성년자와 부모, 후견인 또는 법적 대리인이 **모두** 서명해야 합니다. 부모, 후견인 또는 법적 대리인은 제V항 '이용자 또는 법적 대리인의 서명'의 첫 번째 서명란에 성명을 정자로 기재하고 서명한 뒤 날짜를 적어야 합니다. 바로 아래 줄에는 이용자와의 관계를 적어야 합니다. 미성년자는 첫 번째 증인 서명란에 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

동의를 철회하는 방법에 관한 자세한 내용은 제IV항 '기타 중요 정보'와 제VII항 '동의 철회'를 참조하십시오.

전자 방식의 정보 교환 및 보안

전자 방식으로 제공하는 경우를 포함하여, 모든 정보 제공은 다음 요건을 준수해야 합니다.

- **HIPAA** 요건
- **42 C.F.R. Part 2**
- 그 밖에 적용되는 연방 및 주의 **비밀 유지 관련 법률**

동의서에 서명하고 날짜를 적으십시오

서명을 하면 다음 사항을 확인하는 것입니다.

- 동의서의 내용을 **이해했습니다**.
- 명시된 **정보의 제공을 허용합니다**.
- HIPAA 및 42 C.F.R. Part 2에 따른 **본인의 권리를 이해했습니다**.

법적 대리인으로 서명하는 경우, 서명할 권한이 있음을 밝혀야 합니다. 법적 권한의 예로는 후견 관리인, 유언 집행자,

법적 후견인, 부모, 위임에 따른 대리권을 가진 사람 및/또는 가장 가까운 친족이 있습니다. 본인의 권한 또는 관계를 입증하는 추가 서류를 제출해야 합니다.

표시 서명의 증인으로 서명하는 경우, 해당 증인란에 본인의 정보를 기재하십시오.

미성년자의 SUD 상담이나 치료에 부모, 후견인 또는 법적 대리인의 동의가 필요한 경우, 동의서에는 미성년자와 부모, 후견인 또는 법적 대리인이 **모두** 서명해야 합니다. 부모, 후견인 또는 법적 대리인은 제V항 '이용자 또는 법적 대리인의 서명'의 첫 번째 서명란에 성명을 정자로 기재하고 서명한 뒤 날짜를 적어야 합니다. 바로 아래 줄에는 이용자와의 관계를 적어야 합니다. 미성년자는 첫 번째 증인 서명란에 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

작성이 끝난 동의서를 제출하십시오

서명한 동의서를 귀하의 요청을 처리하는 제공자, 프로그램 또는 기관에 제출하십시오. 보관용 사본을 요청할 수 있습니다.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

물질 남용 예방 및 관리

치료 및 돌봄 조정을 위한 물질 사용 장애 건강정보 제공 동의서

동의 및 정보 제공의 목적: 이 동의서는 42 C.F.R. Part 2에 따라 보호되는 물질 사용 장애(SUD) 건강정보를 SAPC 제공자 네트워크에서 이용자를 현재, 과거 또는 향후 치료하는 제공자 간에, 그리고 이 동의서에 명시된 외부 기관 또는 개인에게 제공하도록 허용합니다. 이는 이용자 또는 적법한 권한을 가진 이용자의 대리인의 요청에 따라 이용자의 치료 및 돌봄 조정을 목적으로 합니다. 아래에서 하나 또는 두 가지 항목을 모두 선택하여 정보 공유를 허용하는 범위를 표시하십시오. SAPC 제공자 네트워크 내에서 귀하를 현재, 과거 또는 향후 치료하는 제공자 간에 정보를 공유하도록 허용할지, 또는 SAPC 제공자 네트워크와 네트워크 외부의 하나 이상의 기관, 개인 또는 중개자 간에 정보를 공유하도록 허용할지 선택하십시오.

☐ SAPC 제공자 네트워크 내부 ☐ SAPC 제공자 네트워크 외부

이 항목에서 선택한 내용은 제II항 ‘건강정보 공유를 허용받은 대상’에서 선택한 내용과 일치해야 합니다.

I. 이용자 정보		
성명(성, 이름, 중간 이름):	생년월일:	Medi-Cal 번호:
이메일 주소: 이메일 주소를 제공하면 SAPC와 SAPC 제공자 네트워크가 이메일로 연락하는 것을 허용하게 됩니다.	전화번호:	SSN 마지막 4자리:
주소:		Sage ID 번호:

II. 건강정보 공유가 허용된 대상

본인은 이 요청에 따라, 현재, 과거 또는 향후 본인을 치료하는 제공자가 본인의 치료 및 돌봄 조정을 위해 42 C.F.R. Part 2에 따라 보호되는 본인의 SUD 건강정보를 아래에 명시된 대상과 교환하도록 허용합니다.

아래에서 하나 이상의 항목을 선택하십시오. ‘SAPC 제공자 네트워크 내부’에 해당하는 항목은 하나만 선택할 수 있습니다. 아래에서 선택한 항목은 이 동의서 상단에서 선택한 항목과 일치해야 합니다.

☐ **SAPC 전체 제공자 네트워크:** SAPC 제공자 네트워크 내 모든 치료 제공자와 정보를 공유합니다. 이 항목만 선택했다면 제III항 ‘정보 제공 범위’로 넘어가십시오.

☐ **선택한 SAPC 제공 기관:** 아래에 명시한 SAPC 제공자 네트워크 내의 선택된 치료 제공자와 정보를 공유합니다.

☐ **SAPC 제공자 네트워크 외부:** 아래에 명시한 SAPC 제공자 네트워크 외부의 기관, 개인 또는 중개자와 공유합니다.

아래 빈칸에 귀하의 보호 대상 SUD 정보를 제공받도록 허용하는 SAPC 제공자 네트워크 내의 선택된 제공자 및/또는 외부 대상의 연락처를 기재하십시오. 공간이 더 필요한 경우 '정보 제공(ROI)을 허용받은 개인/기관 추가 명단' 문서에 추가 대상을 기재하고, 해당 문서를 이 동의서 끝에 첨부하십시오.

1. 기관·단체명: _____

   주소: _____

   전화번호: _____ 팩스: _____

   이메일: _____ 웹사이트: _____

2. 기관·단체명: _____

   주소: _____

   전화번호: _____ 팩스: _____

   이메일: _____ 웹사이트: _____

3. 기관·단체명: _____

   주소: _____

   전화번호: _____ 팩스: _____

   이메일: _____ 웹사이트: _____

III. 정보 제공 범위

본인은 제II항에 명시된 대상이 아래에 지정된 보호 대상 건강정보를 공유하도록 허용합니다.

아래에서 한 가지 항목을 선택하십시오.

☐ 본인의 전체 건강기록

☐ 기타: _____

이용 및 정보 제공을 허용하는 정보의 범위를 구체적으로 기재하십시오.

IV. 기타 중요 정보

본인은 이 동의서에 서명함으로써 다음 내용을 이해합니다.

- **동의 유효기간** – 이 동의서는 서명일로부터 1년 후에 만료됩니다. 다만, 아래에 다른 만료일을 기재하거나 동의를 철회하는 경우에는 그에 따릅니다.

  본인은 이 동의서가 다음 날짜에 만료되는 데 동의합니다.
  _____/ _____/ _____.
  월 일 연도

- 본인의 알코올 및/또는 약물 치료 기록은 약물 사용 장애 환자 기록의 비밀 유지에 관한 연방 규정인 42 C.F.R. Part 2와 1996년 건강보험 이동성 및 책임에 관한 법률("HIPAA"), 45 C.F.R. Parts 160 & 164에 따라 보호됩니다. 관련 규정에서 달리 허용하는 경우를 제외하고, 본인의 서면 동의 없이 해당 기록을 제공할 수 없습니다.
- 본인은 이 동의서의 사본을 받을 권리가 있습니다. 사본은 원본과 동일한 효력을 가집니다.
- **재제공 안내** – 적용 대상 기관 또는 업무 협력업체에 제공된 알코올 또는 약물 치료 관련 정보는 HIPAA 규정에서 허용하는 범위 내에서 다시 제공될 수 있습니다.
- **재제공 제한** – 제공된 정보는 42 C.F.R. Part 2에 부합하는 별도의 동의서가 해당 목적만을 위해 작성된 경우를 제외하고, 이용자에게 불리한 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에서 다시 제공될 수 없습니다. 법적 목적으로 정보를 제공하려면 별도의 동의가 필요합니다.
- 본인은 이 동의서에 따라 이용되거나 제공된 정보를 수신자가 다시 제공할 수 있으며, 이 경우 해당 정보가 더 이상 42 C.F.R. Part 2에 따른 보호를 받지 못할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 현재 본인의 물질 사용 문제를 치료하는 제공자에게 서면으로 통지하거나 직접 알리는 방식으로 언제든지 동의를 철회할 권리가 있습니다. 다만, 제공자 또는 그 밖에 해당 정보를 적법하게 보유한 자가 이미 이 동의에 근거하여 조치를 취한 범위에는 동의 철회가 적용되지 않습니다. 본인은 이 동의서의 '동의 철회' 항목을 작성하여 서면으로 동의를 철회할 수 있습니다. 동의 철회 요청을 받으면 제공자 또는 SAPC는 향후 정보 제공에 대한 동의를 철회 처리합니다. 본인은 동의 철회 전에 미리 제공된 정보를 회수할 수 없으며, 정보를 제공받은 대상에게 해당 정보를 반환하거나 폐기할 의무가 없음을 이해합니다.

V. 이용자 또는 법적 대리인의 서명

본인은 아래에 서명함으로써 이 동의서를 읽었으며, 본인의 서명이 이 동의서에 명시된 대로 건강정보 제공을 허용한다는 점을 이해했음을 확인합니다. 본인은 이 동의서에 서명하는 것이 자발적인 행위이며, 서명을 거부할 권리가 있음을 이해합니다.

이용자 또는 이용자의 법적 대리인의 성명 및 서명:

이용자가 글을 쓸 수 없는 경우, 서명란에 표시를 하여 서명을 대신할 수 있습니다. 표시로 서명을 대신하는 경우 증인 두 명이 필요합니다. 증인 한 명은 이용자의 성명란에 이용자의 이름을 기재하고, 두 개의 '증인 성명'란 중 한 곳에 자신의 이름을 정자로 기재한 후 아래 지정된 증인 서명란에 서명해야 합니다. 두 번째 증인은 나머지 '증인 성명'란에 자신의 이름을 정자로 기재하고 나머지 증인 서명란에 서명하여, 이용자가 표시로 서명을 대신했음을 확인해야 합니다.

_____ _____ _____ / _____ / _____

성명 정자 기재(이름, 중간 이름, 성) 서명 월 / 일 / 연도

이용자의 법적 대리인이 서명한 경우, 이용자와의 관계 및 서명 권한을 기재하십시오.

_____

증인의 성명 및 서명:

이용자가 글을 쓸 수 없어 위에서 표시로 서명을 대신한 경우, 증인 두 명은 아래 증인란에 각자의 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

1. _____ 2. _____

증인 성명(이름, 중간 이름, 성) 증인 성명(이름, 중간 이름, 성)

_____ _____

서명 서명

VI. 정보 제공 시 함께 보내는 고지문

귀하에게 제공된 이 기록은 연방 비밀 유지 규정(42 C.F.R. Part 2)에 따라 보호됩니다. 이 규정은 환자의 동의가 없는 한, 이 기록 또는 기록에 포함된 정보를 설명하는 증언을 환자에게 불리한 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에 이용하거나 제공하는 것을 금지합니다. 이는 연방, 주 또는 지방 당국이 진행하는 모든 해당 절차에 적용됩니다. 다만, 42 C.F.R. § 2.12(c)(5)에 규정된 경우 또는 법원이 42 C.F.R. § 2.64나 2.65에 따라 허용한 경우는 예외입니다. 또한 연방 규정은 다음 중 하나 이상에 해당하지 않는 한, 이 기록을 그 밖의 목적으로 이용하거나 제공하는 것도 금지합니다.

(i) 이 기록에서 정보가 제공되는 당사자가 추가 이용 또는 제공을 서면으로 명시적으로 허용했거나, 42 C.F.R. Part 2에서 달리 허용하는 경우.

(ii) 귀하가 적용 대상 기관 또는 업무 협력업체이며, 치료, 비용 지급 또는 의료 운영 업무를 위해 기록을 받은 경우.

(iii) 귀하가 45 C.F.R. Part 164의 하위편 A 및 E에서 허용하는 바에 따라 적용 대상 기관 또는 업무 협력업체로부터 이 기록을 받은 경우.

의료정보 또는 기타 정보의 제공에 대한 일반적인 동의만으로는 이 기록의 추가 이용이나 재제공에 필요한 서면 동의 요건을 충족할 수 없습니다(42 C.F.R. § 2.31 참조).

VII. 동의 철회

본인은 이 항목을 작성한 후 현재 본인의 물질 사용 문제를 치료하는 제공자에게 동의 철회서를 우편으로 보내거나 직접 제출하여 언제든지 이 동의서를 철회할 권리가 있습니다. 다만, 제공자나 그 밖에 해당 정보를 적법하게 보유한 자가 이미 이 동의에 근거하여 조치한 범위에는 철회가 적용되지 않습니다.

현재 물질 사용 문제를 치료하는 기관의 주소:

기관명: _____

도로명 주소(첫째 줄): _____

주소(둘째 줄: 아파트/사무실/호수): _____

시, 주, 우편번호: _____

동의 철회 요청을 접수하면 제공자는 향후 정보 제공에 대한 동의를 철회 처리합니다. 철회 요청을 접수하기 전에 제공된 정보는 회수할 수 없습니다.

본인은 아래에 서명함으로써 향후 정보 제공에 대한 동의를 철회합니다. 본인은 이 철회 요청이 접수되기 전에 이미 제공된 정보는 되돌리거나 회수할 수 없음을 이해합니다.

이용자 또는 이용자의 법적 대리인의 성명 및 서명:

이용자가 글을 쓸 수 없는 경우, 서명란에 표시를 하여 서명을 대신할 수 있습니다. 이 경우 증인 두 명이 필요합니다. 첫 번째 증인은 이용자의 성명란에 이용자의 성명을 적고, 두 개의 '증인 성명'란 중 한 곳에 자신의 성명을 정자로 기재한 다음 해당 증인 서명란에 서명해야 합니다. 두 번째 증인은 나머지 '증인 성명'란에 자신의 성명을 정자로 기재하고 나머지 증인 서명란에 서명하여, 이용자가 표시로 서명을 대신했음을 확인해야 합니다.

_____ _____ _____ / _____ / _____

성명 정자 기재(이름, 중간 이름, 성) 서명 월 / 일 / 연도

이용자의 법적 대리인이 서명한 경우, 이용자와의 관계 및 서명 권한을 적으십시오.

_____

증인의 성명 및 서명:

이용자가 글을 쓸 수 없어 위에서 표시로 서명을 대신한 경우, 증인 두 명은 아래 증인란에 각자의 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

1. _____ 2._____

증인 성명(이름, 중간 이름, 성) 증인 성명(이름, 중간 이름, 성)

_____ _____

서명 서명

정보 제공 동의서를 SAPC에 직접 제출한 이용자는 작성한 동의 철회서를 보안 이메일이나 우편으로 아래 주소에 제출할 수 있습니다. 철회 요청의 정당성을 확인할 수 있도록 정부 발급 공식 신분증 사본을 함께 제출해야 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

유의사항: 정보 제공 동의서를 SAPC에 직접 작성하여 제출하지 않은 이용자의 철회 요청 또는 유효한 정부 발급 신분증 사본이 첨부되지 않은 요청은 처리되지 않습니다.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

치료 및 돌봄 조정을 위한 SAPC 동의서 작성 방법

동의 및 정보 제공의 목적(동의서 상단)

이 항목은 귀하의 SUD 정보를 **누구와 공유할 수 있는지** 정합니다. 이 항목에서 선택한 내용이 **제II항에서 선택한 내용과 일치하는지** 확인하십시오.

1단계 — 목적 설명 읽기.

1. 이 설명은 이 동의서가 **"이용자의 치료 및 돌봄 조정을 목적으로"** 42 C.F.R. Part 2에 따라 보호되는 SUD 정보의 제공을 허용한다는 점을 안내합니다.

2단계 — 하나 또는 두 가지 옵션 선택

1. 해당하는 확인란 하나 또는 두 개 모두에 표시하십시오.
    a. **SAPC 제공자 네트워크 내부** SAPC와 계약한 SUD 제공자 간에만 정보를 공유하려는 경우 선택하십시오.
    b. **SAPC 제공자 네트워크 외부** 외부 대상(예: 일차의료, 정신건강, 보호관찰, 특정 병원, 본인 등)과 정보를 공유하려면 선택하십시오.

제 I 항 — 이용자 정보

SAPC와 제공자들이 귀하의 기록을 정확히 확인할 수 있도록 개인정보를 적으십시오.

1. **성명:** 법적 성명을 모두 기재하십시오(성, 이름, 중간 이름).
2. **생년월일:** MM/DD/YYYY(월/일/연도) 형식으로 기재하십시오.
3. **Medi-Cal 번호:** Medi-Cal 번호가 있는 경우 기재하십시오.
4. **이메일 주소:** 자주 확인하는 이메일 주소를 기재하십시오.
5. **전화번호:** 가장 쉽게 연락받을 수 있는 전화번호를 기재하십시오.
6. **SSN 마지막 4자리:** 사회보장번호(SSN)의 마지막 네 자리만 기재하십시오. SSN이 없거나 번호를 모르는 경우 빈칸으로 두십시오.
7. **주소:** 현재 우편물을 받을 수 있는 주소를 기재하십시오.
8. **Sage ID 번호:** 알고 있는 경우 Sage EHR에 등록된 본인의 진료기록 번호를 기재하십시오. 모르는 경우 빈칸으로 두거나 제공자에게 문의하십시오.

제 II 항 — 건강정보 공유를 허용받은 대상

이 항목에서는 귀하가 선택한 내용에 따라 귀하의 SUD 정보를 교환할 수 있는 **대상을 지**정합니다.

1단계 — 하나 이상 선택

본인의 필요에 맞는 항목을 선택하십시오.

1. **SAPC 전체 제공자 네트워크**
    a. 기관 간 돌봄을 충분히 조정할 수 있도록 담당 제공자가 SAPC의 전체 SUD 제공자 네트워크와 정보를 교환할 수 있도록 하려면 선택하십시오.
    b. 이 확인란만 선택했다면 제III항으로 넘어가도 됩니다.
2. **SAPC 제공 기관 지정**
    a. 본인의 SUD 제공자가 지정된 다른 SAPC 제공자와만 정보를 교환하도록 허용하려면 선택하십시오.
    b. 본인의 건강정보를 요청받거나 공유받을 각 SAPC 제공자에 대해, 해당 기관의 구체적인 정보를 기재해야 합니다.
3. **SAPC 제공자 네트워크 외부**
    a. 외부 대상(예: 정신건강국, 보건의료서비스국, 본인의 일차진료 의사, 병원, 학교 등)과 정보를 공유하려면 선택하십시오.
    b. 본인의 건강정보를 요청받거나 공유받을 각 외부 대상에 대해, 해당 대상의 구체적인 정보를 기재해야 합니다.

2단계 — 대상별 세부정보 기재(해당하는 경우)

정보 공유를 허용하는 각 SAPC 제공자 또는 외부 대상에 대해 다음 정보를 기재하십시오.

- **기관·단체명**(약칭이 아닌 전체 이름)
- **주소**(전체 우편 주소)
- **전화번호**(지역번호 포함)
- **팩스 번호**(알고 있는 경우)
- **이메일**(알고 있는 경우)
- **웹사이트**(선택 사항)

3 단계 — 필요한 경우 추가 용지 사용

대상이 세 곳을 초과하는 경우, 정보 제공(ROI)을 허용받은 개인/기관 추가 명단에 나머지 대상을 기재한 후 이 동의서 끝에 첨부하십시오.

제 III 항 — 정보 제공 범위

이 항목은 이용할 수 있거나 제공할 수 있는 **정보의 범위**를 지정합니다.

1 단계 — 한 가지 항목 선택

- ☐ **본인의 전체 건강기록:** 돌봄 조정을 위해 본인의 전체 SUD 기록을 이용할 수 있도록 허용하려면 이 항목을 선택하십시오.
- ☐ **기타:** 정보 제공 범위를 제한하려면 이 항목을 선택하십시오.

2 단계 — "기타"를 선택한 경우, 제공을 허용하는 정보를 구체적으로 기재

제공자들이 허용된 정보의 범위를 명확히 알 수 있도록 최대한 구체적으로 기재하십시오.

예:

- “치료 날짜만”
- “평가 및 진단만”
- “복용 의약품 목록”
- “프로그램 참여 증명”
- “경과 보고서만”

제 IV 항 — 기타 중요 정보

각 내용을 주의 깊게 읽으십시오.

- **유효기간:** 이 동의서는 서명일로부터 1년 후에 만료됩니다. 다만, 다른 만료일을 지정하거나 동의를 철회하는 경우에는 예외입니다. 서명일로부터 1년보다 이르거나 늦은 날짜에 만료되도록 하려면 지정된 칸에 원하는 날짜를 기재하십시오. 만료일을 기재하지 않으면 제공자가 동의서 서명일로부터 1년 후의 날짜를 기재합니다.
- **보호 조치:** 귀하의 기록은 **42 C.F.R. Part 2 및 HIPAA**에 따른 연방법의 보호를 받습니다.
- **서명을 거부할 권리:** 서명을 거부할 수 있지만, 이 경우 귀하의 기록은 제공되지 않습니다.
- **사본을 받을 권리:** 서명한 동의서의 사본을 요청할 수 있습니다.
- **재제공:** HIPAA에 따라, 정보를 받은 기관이 제한된 상황에서 귀하의 일부 정보를 다시 제공할 수 있습니다.
- **법적 보호:** 별도의 동의가 없는 한, 귀하의 정보를 법적 절차에 이용할 수 없습니다.
- **동의 철회 권리:** 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 이미 제공된 정보는 회수할 수 없습니다.

제 V 항 — 이용자 또는 법적 대리인의 서명

이 항목에서 정보 제공을 정식으로 허용합니다.

1. **성명 정자 기재:** 법적 성명을 모두 적으십시오.
2. **서명:** 본인의 성명으로 서명하십시오.
    a. 글을 쓸 수 없는 경우 표시로 서명을 대신할 수 있습니다.
    b. 표시로 서명을 대신하는 경우, **증인 두 명**이 증인란을 작성해야 합니다.
3. **날짜:** 서명한 날짜를 기재하십시오.
4. **법적 대리인이 서명하는 경우:**
    a. 이용자와의 관계를 기재하십시오(예: 부모, 후견인 등).
    b. 서명 권한의 근거를 기재하십시오(예: 법원 명령, 후견 관리 권한 등).
5. ***증인란 (이용자가 표시로 서명을 대신하거나, 이용자가 미성년자여서 부모, 후견인 또는 법적 대리인의 동의가 필요한 경우에만 작성하십시오.)***

증인 두 명은 다음 사항을 이행해야 합니다.

- 성명을 읽기 쉽게 정자로 기재하기
- 서명하기

법적 대리인이 서명하는 경우, 이용자와의 관계 및 법적 권한을 밝혀야 합니다. 이용자가 **표시로 서명을 대신하는** 경우, 증인 두 명은 각자의 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

미성년자의 SUD 상담 또는 치료에 부모, 후견인 또는 법적 대리인의 동의가 필요한 경우, 동의서에는 미성년자와 부모, 후견인 또는 법적 대리인이 **모두** 서명해야 합니다. 부모, 후견인 또는 법적 대리인은 제V항 '이용자 또는 법적 대리인의 서명'의 첫 번째 서명란에 성명을 정자로 기재하고 서명한 후 날짜를 기재해야 합니다. 바로 아래 줄에는 이용자와의 관계를 기재해야 합니다. 미성년자는 첫 번째 증인 서명란에 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

제 VI 항 — 정보 제공 시 함께 보내는 고지문

이 항목은 귀하의 정보와 함께 보내야 하는 42 C.F.R. Part 2에 따른 비밀 유지 고지문입니다. 별도로 기재할 내용은 없습니다. '정보 제공 시 함께 보내는 고지문'은 이 동의서에 서명하여 허용한 기록을 제공할 때 함께 보내는 비밀 유지 안내문입니다. 이 고지문은 수신자에게 해당 기록이 주 및 연방 비밀 유지 관련 법률에 따라 보호되며, 이 동의서에서 허용하지 않은 대상에게 공유할 수 없음을 알립니다.

제 VII 항 — 동의 철회

동의를 철회하려는 경우에만 이 항목을 작성하십시오.

1단계 — 제공자 정보

치료 제공자의 다음 정보를 기재하십시오.

- **기관명**
- **전체 우편 주소**

2단계 — 동의 철회 서명

1. **본인의 성명을 정자로 기재하십시오.**
2. **서명하십시오(또는 표시로 대신하십시오).**
3. **철회 날짜를 기재하십시오(MM/DD/YYYY – 월/일/연도).**
4. **법적 대리인**이 서명하는 경우, **이용자와의 관계 및 서명 권한을 기재하십시오**
5. SAPC에 직접 제출하는 경우, 본인 확인을 위해 **정부 발급 신분증 사본을 첨부하십시오**.

3단계 — 증인(표시로 서명을 대신하는 경우 또는 이용자가 미성년자여서 부모, 후견인 또는 법적 대리인의 동의가 필요한 경우)

증인 두 명 또는 미성년자는 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.

4단계 — 동의 철회서 제출

처음에 동의서를 SAPC에 직접 제출했다면, 다음 방법으로 철회서를 보낼 수 있습니다.

- **보안 이메일로** SAPC-HIM@ph.lacounty.gov로 발송하십시오(정부 발급 신분증 사본 필수).
- 동의서에 기재된 SAPC 주소로 **우편** 발송하십시오.

동의서의 안내에 따라 제공자, 기관 또는 SAPC에 동의 철회 요청을 제출하십시오.

추가 용어 설명

허가 및 동의

42 C.F.R. Part 2의 모든 요건을 충족하는 서명된 문서입니다. 다음 내용이 포함됩니다.

- 정보 제공 목적
- 정보를 제공할 수 있는 대상
- 정보를 받을 수 있는 대상
- 제공할 수 있는 정보의 범위
- 유효기간
- 서명 및 날짜

각 SAPC 정보 제공(ROI) 양식은 해당 양식의 구체적인 목적에 맞게 이러한 요건을 충족하도록 작성되었습니다.

돌봄 조정

제공자들이 서로 소통하고 협력하여 이용자의 치료, 서비스 의뢰, 사례 관리 및 지속적인 돌봄을 지원하는 것을 의미합니다.

이용자

물질 사용 장애(SUD) 서비스를 받는 사람입니다. 정보 제공(ROI) 동의서에 서명하면 해당 이용자의 보호 대상 건강정보(PHI)가 공유될 수 있습니다.

대상

SUD 정보를 받거나 제공하도록 허용된 조직, 기관, 제공자, 법원, 변호사 또는 개인을 의미합니다. 예: SAPC 제공자, DHCS, 관리형 의료 플랜, 법원, 보호관찰 기관, 일차의료 제공자.

법적 절차

이용자에게 불리하게 SUD 정보가 요청되거나 이용될 수 있는 형사, 민사, 행정 또는 입법 절차를 의미합니다. 예: 법원 심리, 보호관찰, 아동복지 사건, 사회보장급여 수급 여부를 결정하는 심리.

법적 대리인

이용자를 대신하여 결정을 내릴 법적 권한이 있는 사람입니다. 예:

- 법원이 지정한 후견 관리인
- 법적 후견인
- 미성년자의 부모. 다만, ROI 동의서에 서명하려면 법적 권한을 입증하는 서류가 있어야 합니다.

최소 필요 정보 기준

HIPAA의 정의에 따라, 동의서에 명시된 목적을 이루는 데 필요한 최소한의 정보만 공유할 수 있다는 기준입니다.

비용 지급 및 의료 운영 업무

SUD 서비스의 비용 청구, 지급 또는 관리에 필요한 행정 업무를 의미합니다. 다음 업무가 포함됩니다.

- Medi-Cal 비용 청구
- 자격 확인
- 서비스 이용 적정성 검토
- 품질 개선
- 감사 및 규정 준수 검토

재제공

처음 제공된 SUD 정보를 다시 공유하는 것을 의미합니다. 42 C.F.R. Part 2에 따라 재제공은 법적 절차와 관련된 경우를 제외하고 **허용됩니다**.

동의 철회

이용자는 언제든지 동의를 철회할 권리가 있습니다. 다만, 동의가 유효할 때 이미 이루어진 정보 제공은 철회하더라도 되돌릴 수 없습니다. 동의 철회는 서면으로 통보하거나 ROI 양식의 '동의 철회' 항목을 작성하여 요청해야 합니다.

제3자 비용 지급자

이용자 본인 외에 SUD 서비스 비용을 지급하거나 상환할 책임이 있는 대상입니다. 예: Medi-Cal, DHCS, 관리형 의료 플랜, 민간 보험.

치료 제공자 / SAPC 제공자 네트워크

로스앤젤레스 카운티 SAPC와 계약한 SUD 치료 프로그램을 의미합니다. 외래 치료, 거주시설 치료, OTP, 금단 증상 관리 및 회복 지원 프로그램이 포함됩니다.

증인

이용자가 글로 서명할 수 없어 **표시로** ROI 동의서에 서명을 대신할 때, 해당 서명 과정을 지켜보는 사람입니다. 표시가 서명을 대신하는 경우, 증인 두(2) 명이 성명을 정자로 기재하고 서명해야 합니다.