

# 보호 대상 건강 정보 및 물질 사용 정보 공유를 위한 사전 동의서

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

[정자로 기입해 주십시오]

본 동의서에 서명함으로써, 귀하는 본 양식에 기재된 귀하의 건강 기록이 NJ Children's System of Care(CSOC)의 Contracted System Administrator(CSA: 계약된 시스템 관리자)인 PerformCare가 운영하는 보안 컴퓨터 네트워크를 통해, 귀하가 지정한 CSOC 네트워크 소속 의료 서비스 제공자에게 공개되는 것에 동의하게 됩니다. 귀하의 건강 정보 공유 목적은 귀하에게 보다 향상되고 체계적인 치료를 제공하기 위함입니다.

CSOC에 참여하는 모든 약물, 알코올, 정신 건강 및 신체 건강 서비스 제공자 또는 기타 기관은 귀하가 지정한 의료 서비스 제공자와 기록을 상호 공유(제공 및 수령)할 수 있습니다. 여기에는 귀하에게 서비스를 제공한 모든 기관/사람이 포함됩니다. 이는 약물 및 알코올 프로그램, 정신건강 프로그램, 심리학자, 클리닉, 병원, 임상 검사실, 약국, 의사, 건강보험사, Medicare, Medicaid 등을 포함합니다. 의료 서비스 제공자 및 관련 기관의 전체 목록은 PerformCare 웹사이트 [www.performcarenj.org](http://www.performcarenj.org)에서 확인하실 수 있습니다.

본 동의서에 서명 시, 귀하는 여러 가지 결정 사항에 대해 선택을 하셔야 합니다.

## 1. PerformCare가 수신하는 정보

귀하는 PerformCare 관리 정보 시스템(MIS) 및 컴퓨터 네트워크를 통해 귀하의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 공개하도록 허용할 의료 서비스 제공자 및 기관을 지정하게 됩니다.

본인, \_\_\_\_\_ 은(는)  
(청소년 가입자 이름) (생년월일)

[해당되는 항목에 이니셜 기재]

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>**또는**</b> | 본인이 평가를 받았거나 치료를 받은 모든 약물, 알코올 및 정신건강 프로그램, 그리고 CSOC 네트워크에 속한 기타 의료 제공자 및 기관이, PerformCare가 서비스를 승인할 수 있도록 본인에 관한 건강 기록을 PerformCare 관리 정보 시스템(MIS) 및 컴퓨터 네트워크에 공개 및 제공하는 것에 동의합니다. 또한 다음 페이지에서 본인이 지정한 의료 서비스 제공자 및 관리형 보건 기관(Care Management Organization)이 해당 기록에 접근하여 이를 치료 제공을 위해 사용할 수 있도록 허용합니다.                                                             |
|               | <p>본인이 평가를 받았거나 치료를 받은 아래에 명시된 약물, 알코올 및 정신건강 프로그램에 한하여, PerformCare가 서비스를 승인할 수 있도록 본인에 관한 건강 기록을 PerformCare 관리 정보 시스템(MIS) 및 컴퓨터 네트워크에 공개 및 제공하는 것에 동의합니다. 또한 다음 페이지에서 본인이 지정한 의료 서비스 제공자 및 관리형 보건 기관(Care Management Organization)이 해당 기록에 접근하여 이를 치료 제공을 위해 사용할 수 있도록 허용합니다.</p> <p>1 치료 시설 또는 기관의 명칭:</p> <p>2 치료 시설 또는 기관의 명칭:</p> <p>3 치료 시설 또는 기관의 명칭:</p> |

NJ Children's System of Care를 대신하여, 보안 컴퓨터 네트워크를 통해 PerformCare에 본인의 전자 건강 기록을 공개 및 제공하는 것에 동의합니다.

아래에 이니셜을 기재함으로써, 본인은 다음 사항을 인지하고 동의합니다.

다음 정보는 PerformCare에 의해 공개 및 수령될 수 있습니다.

- |                                       |                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ___ 본인의 이름 및 기타 개인 식별 정보              | ___ 알코올/약물 치료 및 정신건강 서비스 퇴원(종료) 계획              |
| ___ 알코올 및/또는 약물 치료 환자로서의 상태           | ___ 알코올/약물 치료 및 정신건강 서비스 퇴원(종결) 일자 및 상태         |
| ___ 서비스 필요도에 대한 초기 및 후속 평가            | ___ 개별화 교육 계획(IEP)/학교 기록                        |
| ___ 알코올/약물 및 정신건강 평가 결과 및 병력 요약       | ___ 신체 건강 진단 및 치료 정보                            |
| ___ 알코올/약물 치료 및 정신건강 서비스 계획과 진행 상황 요약 | ___ 생물심리사회적(BioPsychoSocial Assessment, BPS) 평가 |
| ___ 알코올/약물 치료 및 정신건강 서비스 참여 (참석) 내역   | ___ 기타(구체적으로 기재):                               |

## 2 PerformCare 발신 정보 공개

본인은 또한 PerformCare가 상기 식별된 정보를, 치료 제공을 목적으로 해당 기록에 접근하고 이를 사용할 수 있도록 하기 위해, 다음의 CSOC 소속 의료 서비스 제공자에게 공개하는 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_ 관리형 보건 기관(CMO) \_\_\_\_\_  
(이니셜) (카운티 및 기관명 기재)

| 의학적 관리 하의 해독 치료 및 단기 거주형 제공자<br>(해당되는 항목 모두 선택)                     | 외래 및 집중 외래 치료 제공자<br>(해당되는 항목 모두 선택)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> New Hope Integrated Behavioral Health Care | <input type="checkbox"/> Acenda, Inc.<br><input type="checkbox"/> Catholic Charities, Diocese of Metuchen<br><input type="checkbox"/> Center for Family Services<br><input type="checkbox"/> CPC Integrated Health<br><input type="checkbox"/> High Focus Centers<br><input type="checkbox"/> Iron Recovery and Wellness<br><input type="checkbox"/> Maryville, Inc.<br><input type="checkbox"/> Oaks Integrated Care/COPE Center |

\_\_\_\_\_ 본인은 상기 명시된 의료 서비스 제공자에게 제공되는 정보에 PerformCare의 관리 정보 시스템(MIS) 및 컴퓨터 네트워크에 보관된 나의 모든 건강 정보가 포함됨을 이해합니다. 여기에는 약물 또는 알코올 치료 기록, 정신건강 진단 및 치료 정보, HIV/AIDS에 대한 진단 및 치료 정보, 그리고 본인이 치료를 받은 기타 모든 질환과 관련된 정보가 포함됩니다.  
(이니셜)

보호 대상 건강 정보 및 물질 사용 정보 공유를 위한 사전 동의서

본인은 이미 이에 따라 조치가 이루어진 경우를 제외하고, 언제든지 본 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 또한, 새로운 동의서에 서명함으로써 언제든지 현재의 동의 선택을 변경할 수 있음을 이해합니다.

본 동의에 대한 승인 효력은 \_\_\_\_\_ (날짜)까지, 또는 본인의 서명일로부터 1년 후 자동으로 만료됩니다. 본 동의서는 동의서에 명시된 날짜, 사건 또는 조건이 발생할 때까지 유효합니다.

|                                                                                                                                                                                      |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>정보의 재공개</b>                                                                                                                                                                       |               |
| 본 동의의 적용을 받는 제공자 또는 기관은, 주법 및 연방법과 규정에서 허용하는 경우를 제외하고, 귀하의 전자적(또는 종이 형태의) 개인 건강 정보를 타인에게 재공개할 수 없습니다. 연방 규정에 따라, 42 CFR Part 2에 의해 허용되거나 서면 동의로 명시적으로 허용되지 않는 한, 본 정보의 추가 공개는 금지됩니다. |               |
| 본인은 본 동의서 서명을 거부하더라도 서비스 제공이 거부되지 않음을 이해합니다.                                                                                                                                         |               |
| 또한, 본인은 서명 시 본 동의서 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다.                                                                                                                                             |               |
| 청소년 가입자 서명:                                                                                                                                                                          | 날짜:           |
| 증인 서명(청소년이 신체적으로 서명할 수 없는 경우):                                                                                                                                                       | 날짜:           |
| <b>부모/보호자(만 13세 미만 청소년 가입자의 경우):</b> 본인은 아래에 서명함으로써 1페이지에 기재된 청소년 가입자의 PHI 공유에 동의합니다. (특정 정신건강 질환 또는 HIV/AIDS 치료와 관련된 청소년 가입자의 진단 또는 치료 정보 공개에 해당)                                   |               |
| 서명:                                                                                                                                                                                  | 날짜:           |
| 이름(정자 표기):                                                                                                                                                                           | 청소년 가입자와의 관계: |

귀하의 전자 건강 정보에 대한 부적절하거나 승인되지 않은 접근 또는 사용에 대해 처벌이 이루어질 수 있습니다. 누군가 귀하의 건강 정보에 부적절하게 접근하거나 이를 수령하였다고 판단되는 경우, PerformCare에 1-877-652-7624번으로 연락하여 품질 부서(Quality Department) 담당자와의 연결을 요청하시기 바랍니다.