

# 건강 정보의 사용 및 공개 승인



## 가입자에게 보내는 통지서:

- 본 양식을 작성함으로써 Health Net, LLC.로 하여금 (i) 특정 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용하고/사용하거나 (ii) 귀하가 본 양식에 지정한 개인 또는 주체에게 귀하의 건강 정보를 공개하는 것을 허용합니다.
- 귀하는 본 양식에 서명을 하거나 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공유하도록 허가할 필요는 없습니다. 귀하가 본 양식에 서명하지 않더라도 Health Net에서 받는 귀하의 서비스 및 혜택들은 달라지지 않습니다.
- 취소(철회)할 권리: 본 승인/동의서는 Health Net 또는 법적으로 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있도록 허가된 기관에서 이미 귀하의 동의에 따라 행동한 범위를 제외하고 언제든지 취소할 수 있습니다. 본 승인서의 취소를 원하시면 3페이지에 있는 취소 양식을 작성해 해당 페이지 하단에 있는 주소로 우편 발송하십시오.
- Health Net은 귀하가 저희로 하여금 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있도록 허용한 해당 개인 또는 그룹이 이를 다른 사람과 공유하지 않을 것이라고 보장할 수 없습니다.
- 귀하가 저희에게 제출하는 모든 서류의 사본을 보관하십시오. 필요한 경우 저희가 사본을 보내드릴 수 있습니다.
- 본 양식에 있는 모든 정보를 기재하십시오. 작성이 완료된 후, 2페이지 하단에 있는 주소로 우편 발송하십시오.

## 가입자 정보

가입자 이름(정자체로 기재):

가입자 생년월일:     /     /

가입자 ID 번호:

**본인은 Health Net이 기재된 목적으로 본인의 건강 정보를 사용하고 아래 기재된 개인 또는 그룹과 본인의 건강 정보를 공유하는 것에 동의합니다. 승인의 목적은 다음과 같습니다.**

Health Net이 본인의 혜택 및 서비스에 도움을 주도록 허용.

Health Net이 \_\_\_\_\_ 을(를) 위하여 본인의 건강 정보를 사용 또는 공유하도록 허용.

## 정보를 받을 개인 또는 그룹(추가되는 개인 또는 그룹은 2페이지에 추가)

이름(개인 또는 그룹):

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화:

## 본인은 Health Net이 다음의 건강 정보를 사용 또는 공유하는 것에 동의합니다.

본인의 모든 건강 정보(다음은 포함: 유전자 정보, 서비스 또는 검사 결과. 여기에는 또한 HIV/AIDS 데이터 및 기록과 정신 건강 데이터 및 기록 포함[그러나 정신과 치료 노트는 제외]. 건강 정보는 또한 처방약/약품 데이터 및 기록과 약물 및 알코올 데이터 및 기록도 포함): **또는**

다음을 제외한 본인의 모든 건강 정보(적용되는 항목 모두 표시):

유전자 정보, 서비스 또는 검사

정신 건강 데이터 및 기록(그러나 정신과 치료 노트는 제외)

HIV/AIDS 데이터 및 기록

처방약/약품 데이터 및 기록

약물 및 알코올 데이터 및 기록

기타: \_\_\_\_\_

## 승인 만료

본 승인은 / / (월/일/년도)에 만료됩니다. 이것은 최대 일 년 동안 유효합니다.  
날짜가 지정되지 않은 경우 아래 날짜로부터 일 년 후 만료됩니다.

가입자 서명(가입자 또는 법적 대리인 서명):

날짜:

가입자를 대신해 서명하는 경우, 아래에 어떻게 가입자를 알고 있는지 설명하십시오. 가입자의 개인 대리인인 경우, 아래에 설명하십시오. 그리고 해당 양식의 사본을 저희에게 보내십시오(예: 위임장 또는 보호자 지명 명령).

## 정보를 받을 기타 개인(들) 또는 주체(들)

**주:** 제삼자 지불인도 아니고 건강 관리 공급자, 시설 또는 건강 보험 교환 또는 연구 기관 등 치료하는 공급자로부터 귀하가 서비스를 받고 있는 프로그램이 아닌 주체(이하 “정보를 받는 주체”)에게 약물 사용 장애 기록을 공개하는 것에 귀하가 동의하는 경우, 귀하는 공유할 개인의 이름 또는 치료 공급자로부터 서비스를 받고 있는 그러한 정보를 받는 주체의 이름을 반드시 명시하거나 단순히 귀하의 약물 사용 장애 기록이 그러한 정보를 받는 주체의 현재 및 향후 치료 공급자에게 공개될 수 있다고 진술해야 합니다.

이름(개인 또는 주체)

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화:

이름(개인 또는 주체)

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화:

이름(개인 또는 주체)

주소:

도시:

주:

우편번호:

전화:

### 작성된 양식을 우편 발송할 주소:

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

전화: 800-275-4737, 팩스: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사입니다.  
Health Net은 Health Net, LLC.의 등록된 서비스 상표입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, LLC.에 있습니다.

FRM207452KH01w (5/21)

# 건강 정보 사용 및/또는 공개 승인 철회



본인은 특정 목적에 따라 본인의 건강 정보를 사용하고 개인 또는 그룹과 본인의 건강 정보를 공유할 수 있도록 Health Net에 제공한 동의를 취소 또는 철회하기를 원합니다.

본 정보를 받은 개인 또는 그룹			
이름(개인 또는 그룹):			
주소:			
도시:	주:	우편번호:	전화:
승인서에 서명한 날짜(아는 경우):     /     /			
가입자 정보			
가입자 이름(정자체로 기재):			
가입자 생년월일:     /     /		가입자 ID 번호:	
<p>본인은 본인이 이전에 제공한 동의로 인해 본인의 건강 정보(필요한 경우 본인의 약물 사용 장애 기록 포함)가 지금까지 이용되어 왔거나 공유될 수 있었음을 이해합니다. 본인은 또한 본 취소가 특정 목적으로 본인의 건강 정보를 사용하거나 개인 또는 그룹과 본인의 건강 정보를 공유하기 위해 본인이 제공한 동의에만 적용되는 것을 알고 있습니다. <b>이것은 건강 정보를 다음의 목적으로 이용하기 위해 본인이 서명한 다른 승인 양식을 취소하지 않습니다.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 다른 목적을 위한 사용.</li> <li>2. 다른 개인 또는 그룹과 공유.</li> </ol>			
가입자 서명(가입자 또는 법적 대리인 서명):		날짜:	
<p>가입자를 대신해 서명하는 경우, 아래에 어떻게 가입자를 알고 있는지 설명하십시오. 가입자의 개인 대리인인 경우, 아래에 설명하십시오. 그리고 해당 양식의 사본을 저희에게 보내십시오(예: 위임장 또는 보호자 지명 명령).</p>			

Health Net은 본 양식을 접수 및 처리할 때 귀하의 건강 정보 사용 또는 공개를 중단할 것입니다. 아래 우편 주소를 이용하십시오. 또한 귀하는 아래 전화번호로 도움을 요청하실 수 있습니다.

## Health Net Eligibility Department

P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

전화: 800-275-4737, 팩스: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC.의 등록된 서비스 상표입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, LLC.에 있습니다.