



INTERBORO RHIO 동의서  
[NAME OF PROVIDER ORGANIZATION]

이 동의서에서, 귀하는 [Name of Provider Organization]이(가) 주 전체 컴퓨터 네트워크의 일부인 Interboro RHIO 가 운영하는 컴퓨터 네트워크를 통해 귀하의 의료기록에 접속할 수 있도록 허락할 것인지 여부를 선택하실 수 있습니다. 이것은 귀하가 의료진료를 받으시는 여러 다른 곳에 보관되어 있는 의료기록을 수합하여, 저희 사무실에서 전자적으로 이용할 수 있도록 도와줄 수 있습니다.

귀하는 이 동의서를 사용하여 [Name of Provider Organization]이(가) 이런 방식으로 귀하의 전자적인 건강기록을 보고 이 기록에 접속할 수 있도록 허락할 것인지 여부를 결정하실 수 있습니다. 귀하는 동의하실 수도 있고, 거부하실 수도 있으며, 이 동의서 양식은 지금 작성하셔도 되고, 나중에 작성하셔도 됩니다. 귀하의 선택은 의료진료를 받거나 건강보험 혜택을 받는데 아무런 영향을 미치지 않을 것입니다. 동의나 거부를 선택하시는 것 때문에 의료서비스를 거부당할 수는 없습니다.

귀하가 아래의 “동의함” 상자에 표시하시는 경우, 귀하는 “예, 저의 진료에 관련된 [Name of Provider Organization]의 직원이 Interboro RHIO 를 통해 저의 모든 의료기록을 보고 이 기록에 접속해도 좋습니다.”라고 말씀하시는 것입니다.

귀하가 아래의 “거부함” 상자에 표시하시는 경우, 귀하는 “아니오, [Name of Provider Organization]이(가) 어떤 목적으로든 Interboro RHIO 를 통해 저의 의료기록에 접속해서는 안됩니다.”라고 말씀하시는 것입니다.

Interboro RHIO 는 비영리단체입니다. Interboro RHIO 는 의료서비스의 질을 향상시키기 위해 사람들의 건강에 관한 정보를 전자적으로 그리고 안전하게 공유합니다. 이러한 종류의 공유를 e-건강(ehealth) 또는 건강정보기술(건강 IT)이라고 합니다. 뉴욕주의 e-건강에 대해 더 자세히 알아보시려면, “더 나은 정보가 더 나은 치료를 제공한다(Better Information Means Better Care)”라는 브로셔를 읽어보십시오. [Name of Provider]에게 이 브로셔를 요청하실 수 있으며, 웹사이트 [www.ehealth4ny.org](http://www.ehealth4ny.org)를 방문하셔도 됩니다.

결정을 내리시기 전에 이 양식의 뒷면에 있는 정보를 신중하게 읽어보십시오.

동의 선택. 이 양식을 지금 작성하셔도 되고, 나중에 작성하셔도 됩니다. 두 가지 중에 선택하실 수 있습니다.

- 저는 [Name of Provider Organization]이(가), 응급치료를 포함하여, 저에게 의료서비스를 제공하는 것과 관련하여 Interboro RHIO 를 통해 저의 모든 전자적인 건강정보에 접속하는데 동의합니다.
- 저는 [Name of Provider Organization] (이)가, *의학적 응급 상황시*에조차도, 어떤 목적으로든 Interboro RHIO 를 통해 저의 전자적인 건강정보에 접속하는 것을 거부합니다.  
주의: 귀하가 이 상자에 표시하지 않는 경우, 뉴욕주 법에 따라 응급시 귀하를 치료하는 사람들은 Interboro RHIO를 통해 이용할 수 있는 기록을 포함하여 귀하의 의료기록에 접속할 수 있습니다.

\_\_\_\_\_  
환자 이름(인쇄체)

\_\_\_\_\_  
환자 생년월일

\_\_\_\_\_  
환자 또는 환자의 법적 대리인 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
법적 대리인 이름(인쇄체)(해당되는 경우)

\_\_\_\_\_  
법적 대리인의 환자와의 관계(해당되는 경우)

**Interboro RHIO 및 동의 절차에서 환자 정보에 대한 세부사항:**

**1. 귀하의 정보가 사용되는 방법.** [Name of Provider Organization]에서는 오직 다음을 위해서만 귀하의 전자적인 건강정보를 사용할 것입니다.

- 귀하에게 의학적 치료 및 관련 서비스를 제공
- 귀하가 건강보험이 있는지 그리고 건강보험 적용범위가 어떠한지 확인
- 모든 환자에게 제공되는 의료진료의 질을 평가 및 향상

주의: 이 동의서에서 귀하가 어떤 선택을 하시든 건강보험사는 귀하에게 건강보험을 제공할 것인지 또는 귀하의 청구서를 지불할 것인지 여부를 결정하려는 목적으로 귀하의 정보에 접속할 수 없습니다. 귀하는 건강보험사가 사용해야 하는 별도의 동의서에서 그 선택을 하실 수 있습니다.

**2. 귀하에 대한 어떤 종류의 정보가 포함되는가.** 귀하가 동의하시면, [Name of Provider Organization]은(는) RHIO 를 통해 이용할 수 있는 귀하의 모든 전자적인 건강정보에 접속할 수 있습니다. 여기에는 이 동의서 날짜 이전과 이후에 작성된 정보가 포함됩니다. 귀하의 건강기록에는 귀하가 앓았던 질병내력이나 부상내력(당뇨나 골절 등), 검사결과(X선 촬영 또는 혈액검사) 및 귀하가 복용한 적이 있는 약의 목록 등이 포함될 수 있습니다. 이 정보는 다음을 포함하나 이에 국한되지는 않는 민감한 건강상태와 관련될 수도 있습니다.

- 알코올 또는 약물 사용 문제
- 피임 및 임신중절(가족 계획)
- 유전병 또는 검사
- HIV/AIDS
- 정신 건강 상태
- 성감염질환(STD)

**3. 귀하에 대한 건강정보의 출처.** 귀하에 대한 정보는 귀하에게 의료진료나 건강보험을 제공했던 곳에서 제공됩니다(“정보 출처”). 여기에는 전자적으로 건강정보를 교환하는 병원, 의사, 약국, 임상실험실, 건강보험사, 메디케이드 프로그램 및 기타 e-건강 단체가 포함될 수 있습니다. 현재 정보 출처의 전체 목록은 Interboro RHIO 에서 제공해 드립니다. Interboro RHIO 웹사이트 [www.interbororhio.org](http://www.interbororhio.org) 를 확인하시거나 718-334-5844 로 전화하셔서 언제든지 최신 정보 출처 목록을 얻으실 수 있습니다.

**4. 귀하가 동의하시는 경우, 누가 귀하에 대한 정보에 접속할 수 있는가.** 귀하에 대한 정보에 접속할 수 있는 사람은 귀하의 의료진료에 관련된 [Name of Provider Organization]의 의료직원을 돕는 의사 및 기타 의료서비스 제공자, [Name of Provider Organization]의 의사를 대신하거나 비상대기 당직인 의료서비스 제공자, 위의 첫번째 문단에서 설명된 대로 이 동의서가 허락하는 활동을 수행하는 직원 뿐입니다.

**5. 귀하의 정보에 대한 부적절한 접속이나 부적절한 사용에 대한 처벌.** 귀하의 전자적인 건강정보에 부적절하게 접속하거나 그 정보를 부적절하게 사용하는 경우 처벌을 받게 됩니다. 언제든지 귀하가 귀하에 대한 정보를 보아서는 안되거나 그 정보에 접속해서는 안되는 사람이 그렇게 했다고 생각하시는 경우, \_\_\_\_\_으로 [Name of Provider Organization]에 전화하시거나, Interboro RHIO 웹사이트 [www.interbororhio.org](http://www.interbororhio.org) 를 방문하시거나, 877-690-2211 로 뉴욕주 보건국(NYS Department of Health)에 전화하십시오.

**6. 정보의 재공개.** 귀하에 대한 모든 전자적인 건강정보는 주 및 연방 법규정이 허용하는 한도에서 [Name of Provider Organization]이(가) 다른 사람들에게 재공개할 수도 있습니다. 이것은 종이 형태로 된 귀하에 대한 건강정보에 대해서도 마찬가지입니다. 일부 주 및 연방법은 HIV/AIDS 및 약물과 알코올 치료 등 특정한 종류의 민감한 건강정보에 대해 특별한 보호를 제공합니다. 사람들이 이러한 종류의 민감한 건강정보를 받을 때마다 그에 해당하는 특별한 요구사항을 준수해야 합니다. Interboro RHIO 및 Interboro RHIO 를 통해 이 정보에 접속하는 사람들은 이러한 요구사항을 준수해야 합니다.

**7. 유효기간.** 이 동의서는 귀하가 귀하의 동의를 철회하는 날까지 계속해서 효력을 유지합니다.

**8. 귀하의 동의 철회.** 귀하는 동의 철회서(Withdrawal of Consent Form)에 서명하여 Interboro RHIO 로 보내심으로써 언제든지 동의를 철회하실 수 있습니다. 또한 새로운 동의서에 서명함으로써 언제든지 귀하의 동의 선택을 변경하실 수 있습니다. 이 양식들은 Interboro RHIO 웹사이트 [www.interbororhio.org](http://www.interbororhio.org) 에서나 718-334-5844 로 전화하셔서 얻으실 수 있습니다.

주의: 귀하의 동의가 유효한 동안 Interboro RHIO 를 통해 귀하의 건강정보에 접속하는 단체들은 자체 의료기록에 귀하의 정보를 복사하거나 포함시킬 수도 있습니다. 나중에 동의를 철회하기로 결정하시더라도, 이러한 단체들이 자체 기록을 반환하거나 삭제할 의무는 없습니다.

**9. 동의서 사본.** 귀하는 이 동의서에 서명하신 후 이 동의서 사본 1 부를 보유하실 수 있습니다.