





#: \_\_\_\_\_

**커뮤니티 치과 치료**  
**치과 서비스를 위한 학부모 동의서**

**\*\* 치과 서비스 승인을 위해 반드시 본 양식 하단에 서명하십시오 \*\***

**혜택 제공 및 지불 책임**

상기 명시된 아동의 학부모 또는 법적 보호자인 본인은 본인의 피부양인에게 제공되는 케어 및 치료의 비용을 충당하기 위해 정부 기관, 보험사 및 기타 본인의 치과/의료 케어의 지불 책임을 가진 곳으로부터 본인이 받을 자격을 가진 충분한 금액 및/또는 혜택을 Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc.에 배정 및 양도하겠습니다. 본인은 보험 플랜에 보장되지 않는 비용에 대해 책임이 없음을 이해합니다.

**뉴욕시 교육청의**

**건강 정보 공개에 관한 학부모 동의에 관련 요약**

**HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서**

저는 학생과 보건 클리닉 제공처 사이의 법률에 따른 비밀이 보장되며 학생들이 건강 치료에 관한 결정을 상당함에 있어 본인의 부모 또는 보호자를 참여시키도록 권장할 것입니다. 이 양식의 제 서명은 의료 정보에 관한 공개를 승인합니다. 이 정보는 연방 사생활 보호법 및 뉴욕주 법에 따라 보호받을 것입니다.

이 양식에 서명함으로써, 저는 이것이 법률 또는 교육청 규정에 따라 또는 이것이 학생의 건강과 안녕을 보호하는데 필수적으로 뉴욕시 교육 보드 (일명 뉴욕시 교육청)에 의료 정보가 제공되는 것을 승인합니다. 제 요구에 따라, 이 의료 정보를 제공하는 기관이나 개인은 반드시 이 양식의 사본을 제공하여야 합니다. 학부모들은 법적으로 예방접종 기록과 같은 특정 정보를 학교에 제공하여야 합니다. 이런 정보를 제공하지 않는 것은 학생이 학교로부터 퇴학 처분을 받는 결과를 초래할 수 있습니다.

이 양식에 관한 제 질문에 대해 답을 얻었습니다. 저는 제 아이의 의료 정보의 공개를 허락하지 않아도 된다는 것을 이해하고 있으며 저는 어느 시점에서 제 마음을 바꿀 수 있으며 학교 기반 보건 센터에 서면으로 승인을 취소 할 수 있다는 것을 잘 알고 있습니다. 그러나 취소 시점 이전에 공개된 정보에 관한 정보 공개 취소는 소급 적용될 수 없다는 것을 알고 있습니다.

본인은 Columbia University College of Dental Medicine / Columbia University Health Care, Inc. (CUHC)가 뉴욕시 교육청, 정부 기관, 보험사 또는 기타 치과 케어의 비용 지불 책임을 가진 곳에 뒷면에 명시된 학생의 케어에 대한 입증된 비용에 필요한 정보를 공개하고 사본을 제공할 것을 허가합니다.

**전자 처방 약 이력 데이터베이스 접근 및 공개 환자 동의**

본인은 Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care 가 모든 전자 처방 약 이력 데이터베이스를 접근하고 Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care 이 사용하는 처방 약 이력 데이터베이스에 포함된 본인의 처방 약 이력(HIV/AIDS, 알콜 또는 약물 사용 문제/치료, 가족 계획, 유전병, 정신 보건 상태 및 성병을 포함하되 이에 국한되지 않음)을 공개하는데 동의합니다. 본인은 이 이력이 완전하지 않을 수 있으며 본인에게 전자 처방된 약에 국한될 수 있음을 이해합니다. 본인의 치과 의사/ 케어 제공자에게 현재 복용하고 있는 약의 완전한 목록을 제공하는 것은 본인의 책임입니다. 본인은 본 양식의 목적은 Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care 가 다른 제공처, 약국 및/또는 제 3 자 약국 혜택 프로그램/지불인으로부터 승인된 전자 처방 서비스를 접근하고 병력 정보를 교환할 수 있도록 하는 것입니다.

이 양식에 서명하여 본인은 상기 명시된 바와 같이 보호된 건강 정보의 접근, 사용 및 공개를 승인합니다. 본인은 요청한 정보가 공개되거나 허가에 따른 조치가 취해지기 전 언제든지 개인 정보 보호 관행 통지에 설명된 서면 철회 통지를 제공하여 본 양식의 허가를 철회할 수 있습니다. 수신자가 의료 정보 비밀법에 해당하지 않는다면 정보는 수신자에 의해 재공개 될 수 있으며 연방 또는 뉴욕주 법에 의해 보호되지 않을 수 있습니다. Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc.는 재공개에 따른 결과에 대해 책임지지 않습니다. 본인은 양식의 사본을 제공받을 것입니다. 본인은 본인의 건강 정보 사본을 요청할 수 있습니다. 본 동의 및 허가는 본인이 서면으로 철회하거나 Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc.와의 치료 관계가 종료할 때까지 만료되지 않습니다.

본 양식에 전자 서명을 하여 본인은 양식을 읽고 이해했으며 질문을 할 기회를 가지고 모든 질문에 대한 만족할만한 답을 얻었음을 적시합니다.

**HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서 및 전자 처방 약 이력 데이터베이스 접근 동의**

본인은 본 동의 양식을 읽고 이해했으며 질문을 할 기회를 가지고 모든 질문에 대한 만족할만한 답을 얻었음을 적시합니다.

X \_\_\_\_\_

**학부모/법적 보호자 서명 (또는 18 세 이상이거나 기타 법적으로 허용된 경우 학생의 서명)**

**날짜** \_\_\_\_\_