

정보의 사용 및/또는 공개에 대한 승인 독립적 입양 프로그램

_____에 태어난 나, _____는, 이로써
 생년월일 출생/법적 부모의 이름 또는 법적 보호자 이름

_____에게 아래에 관한 정보를 공개할 것을 승인합니다.
 의사, 병원, 의원, 학교, 치료사 또는 기관

- 본인의 병력, 정신적 혹은 육체적 상태, 진료 혹은 치료
- 내 자녀의 병력, 정신적 혹은 육체적 상태, 진료 혹은 치료

_____ 자녀의 이름

_____ 자녀의 생년월일

자녀와 나의 관계 _____

이 정보를 공개할 곳:

- 캘리포니아주 사회서비스부
 - 권한을 위임받은 카운티의 입양 기관
주소: _____
 - 시, 주, 우편번호 (Zip Code): _____
 - 전화 번호: () _____
 - 기타 _____
- 부모/법적 보호자는 각 사람/기관을 위해 별도의 양식을 따로 작성해야 합니다

정보 공개에 대한 환자의 승인 제한사항/기간/권리

내가 1 페이지에 이름이 기재된 기관에게 한 정보 공개에 대한 승인은 입양 계획 목적에만 제한됩니다. 이 승인은 나와 (해당할 경우) 1 페이지에 이름이 기재된 나의 자녀에 대한 아래 유형의 정보를 포함하여 귀 기관의 서류에 있는 모든 정보에 해당합니다.

- 의료 정보 및 병력
- 정신적-사회적 정보 및 병력
- 검사 및 검진 결과
- 기타 정보 및/또는 설명: _____

- 나는 나의/자녀의 의료 기록에 있는 특정 정보의 공개를 승인합니다.
- 나는 이 승인에 따라 공개되는 정보가 이것의 수혜자에 의해 재공개될 수 있고 더 이상 연방 비밀유지법에 의해 보호되지 않을 수 있다는 것을 이해합니다. 그러나, 이 정보의 사용 및 재공개는 가족법 섹션 9200 이하, 표제 22 캘리포니아 규제법 섹션 35049 이하 및 35051 이하의 요구사항에 종속됩니다.
- 이 승인은 언제든지 철회될 수 있습니다. 나의 철회는 접수가 되면 바로 효력을 발휘하나 승인이 유효한 동안에 이루어진 사용 또는 공개에 대해서는 아무런 영향을 미치지 않습니다.
- 이 승인은 즉시 효력을 발휘하고 서명한지 1년이 되는 날에 그 효력이 만료될 것입니다.
- 이 공개 양식의 사본은 원본과 동일한 효력이 있습니다.
- 나는 이 승인의 사본을 받을 권리가 있다는 것을 알고 있습니다.

서명: _____	날짜: _____
-----------	-----------

이 문서는 건강 보험 이동 및 책임 법의 사생활 보호 요구사항을 준수합니다.