

서비스 제공자/시설 이름

PSYCKES 정보

뉴욕주 정신건강사무소(New York State Office of Mental Health)는 정신과 서비스 및 임상 개선 시스템(PSYCKES)을 유지하고 있습니다. 이 온라인 데이터베이스에는 귀하의 병력 및 건강에 관한 기타 정보 중 일부가 저장됩니다. 귀하가 의료 서비스가 필요할 때 의료 서비스 제공자가 정확한 의료 서비스를 제공할 수 있도록 도와줍니다.

PSYCKES의 정보는 귀하의 의료 기록, NYS Medicaid 데이터베이스 및 기타 출처에서 제공됩니다. 프로그램 및 데이터 출처에 대해 자세히 알아보려면 www.psyckes.org로 이동하여 **PSYCKES 정보**를 클릭하십시오.

이 데이터에는 다음이 포함됩니다:

- 귀하의 이름, 생년월일, 주소 및 귀하를 식별하는 기타 정보
- Medicaid가 지불한 귀하의 건강 서비스 비용
- 치료한 질병 또는 부상, 검사 결과 및 의약품 등 귀하의 건강 관리 이력
- 건강 안전 계획 등 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자가 시스템에 입력하는 기타 정보

필요한 사항

귀하의 정보는 기밀이며 다른 사람들이 해당 정보를 보려면 권한이 필요합니다. 서비스 제공자에게 귀하의 기록에 대한 접근 권한을 부여하거나 거부하려면 지금 또는 언제든지 이 양식을 작성하십시오. 귀하의 선택은 의료 서비스에 대한 귀하의 권리나 건강 보험 보장에 영향을 미치지 않습니다.

아래 항목 중 하나를 선택하기 전에 이 페이지 뒷면을 꼼꼼히 읽어보십시오. 다음 중 하나 선택:

- 이 서비스 제공자와 귀하의 치료에 관여하는 직원이 귀하의 PSYCKES 정보를 보기를 원할 경우 "동의함"
- 해당 정보를 보기를 원하지 않을 경우 "동의하지 않음".

귀하가 동의하지 않으면 주정부 및 연방정부 법규에서 허용하는 경우 이 서비스 제공자가 PSYCKES에서 귀하의 건강 정보를 보거나 다른 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다.¹ 예를 들어, Medicaid가 귀하의 의료 서비스의 질에 대해 우려하는 경우, 서비스 제공자가 귀하가 적시에 올바른 치료를 받고 있는지 판단하기 위해 PSYCKES에 접근할 수 있습니다.

귀하의 선택. 한 항목만 선택하십시오.

본인은 서비스 제공자 및 본인의 치료에 관여하는 직원이 본인의 의료 서비스와 관련된 건강 정보에 접근하는 데 **동의합니다**.

본인은 이 서비스 제공자가 본인의 건강 정보에 접근하는 데 **동의하지 않지만** 주정부 및 연방정부 법규에서 허용하는 경우 해당 정보를 볼 수 있음을 이해합니다.

환자의 정자체 이름

환자의 생년월일

환자의 Medicaid ID 번호

환자 또는 환자의 법정 대리인의 서명

날짜

법정 대리인의 정자체 이름(해당되는 경우)

법정 대리인 환자와의 관계(해당되는 경우)

- 1 서비스 제공자가 귀하의 건강 정보를 사용하는 방법. 다음 용도로만 사용할 수 있습니다:
 - 치료, 의료 서비스 조정 및 관련 서비스를 제공합니다.
 - 의료의 질을 평가하고 개선합니다.
 - 응급 상황시(예: 응급실로 이동) 의료 서비스 제공자에게 알립니다.
- 2 서비스 제공자가 접근할 수 있는 정보 귀하가 동의하면 _____ 이(가) PSYCKES에 있는 귀하의 모든 건강 정보를 볼 수 있습니다. 여기에는 질병 또는 부상(예: 당뇨병 또는 골절), 검사 결과(X레이, 혈액 검사 또는 스크리닝), 평가 결과 및 의약품과 같은 귀하의 건강 기록 정보가 포함될 수 있습니다. 치료 계획, 안전 계획 및 귀하와 의료 서비스 제공자가 개발한 정신과 사전의료 지시서가 포함될 수 있습니다. 또한 이 정보는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 민감한 건강 질환과 관련될 수 있습니다:

• 정신 건강 질환	• 유전병 또는 검사
• 알코올 또는 약물 남용	• HIV/AIDS
• 피임 및 낙태(가족 계획)	• 성병
- 3 정보의 출처. Medicaid가 지불한 귀하의 건강 서비스 비용도 귀하의 기록에 포함됩니다. 또한 주정부가 운영하는 정신과 센터에서 받은 서비스도 포함됩니다. 모두는 아니지만 귀하와 담당 의사가 입력한 데이터와 같은 귀하의 의료 기록의 일부 정보는 PSYCKES에 저장됩니다. 귀하의 온라인 기록에는 다른 NYS 데이터베이스에 있는 귀하의 건강 정보가 포함되며 새 데이터베이스가 추가될 수 있습니다. 현재 데이터 소스 목록과 PSYCKES에 대한 자세한 내용은 www.psyckes.org의 "PSYCKES 정보"를 참조하거나 서비스 제공자에게 목록을 출력해달라고 요청하십시오.
- 4 귀하의 동의하에 귀하의 정보에 접근할 수 있는 사람. _____의 의사 및 귀하의 치료에 관여하는 다른 직원은 물론 _____을(를) 다루거나 요청하는 의료 서비스 제공자. 위의 1번에 나오는 직무를 수행하는 직원도 귀하의 정보에 접근할 수 있습니다.
- 5 귀하의 정보에 대한 부적절한 접근 또는 사용. PSYCKES 건강 정보를 부적절하게 접근하거나 사용하면 처벌을 받게 됩니다. 권한이 없는 다른 사람이 귀하의 정보를 보았거나 접근했다고 의심되는 경우:
 - _____ 번으로 _____에 전화하거나
 - 800-597-8481 번으로 뉴욕주 정신 건강 고객 관계 사무실(NYS Office of Mental Health Customer Relations)에 전화하십시오.
- 6 귀하의 정보 공유. _____은(는) 주정부 또는 연방정부 법규에서 허용하는 경우에만 다른 사람과 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 이는 전자 또는 종이 형태의 건강 정보에 적용됩니다. 일부 주정부 및 연방정부 법률은 HIV/AIDS, 약물 및 알코올 치료와 같은 민감한 건강 정보 공개에 대해 특별 보호 및 추가 요구사항도 제공합니다.1
- 7 유효 기간. 이 동의서는 _____에서 마지막으로 서비스를 받은 날로부터 3년 동안 또는 동의를 철회할 때까지 중에서 빠른 날짜를 기준으로 적용됩니다.
- 8 동의 철회. 귀하는 동의 철회서에 서명하고 _____에 제출함으로써 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 또한 언제든지 새로운 동의서에 서명함으로써 동의 선택을 변경할 수 있습니다. 이러한 양식들은 www.psyckes.org에서 또는 _____ 번으로 _____에 전화하여 서비스 제공자로부터 얻을 수 있습니다. 이 동의서가 유효한 동안 _____을(를) 통해 귀하의 건강 정보를 받는 서비스 제공자는 귀하의 정보를 자신의 의료 기록에 복사하거나 포함시킬 수 있습니다. 귀하가 동의를 철회할 경우 서비스 제공자는 정보를 반환하거나 기록에서 제거할 필요가 없습니다.
- 9 동의서 복사. 이 동의서에 서명한 후에 사본을 받을 수 있습니다.