

WCB 케이스 번호 (알고 있는 경우): \_\_\_\_\_

**청구인 귀하:** 현재 청구 내역에 기술한 것과 같은 신체 부위에 대한 예전 상해나 그와 유사한 질병에 대해 치료를 받은 적이 있다면 이 양식을 작성하십시오. 이 양식으로, 아래에 열거한 의료 제공자들은 귀하의 예전 상해/질병에 대한 의료 정보를 귀하의 고용주 산재보험 보험사에게 공개할 수 있습니다. 연방 HIPAA법(1996년 건강보험이동성과 결과보고책무활동에 관한 법)에 따라 귀하는 본 양식의 사본을 요청할 권리가 있습니다. 본 양식이 이해되지 않는 경우, 귀하의 법정 대리인과 상의하십시오. 법정 대리인이 없는 경우, 산재보상위원회의 상해 근로자 변호인(Advocate for Injured Workers)이 도움을 드릴 수 있습니다. 전화: 800-580-6665.

**의료 제공자 귀하:** 본 HIPAA 적합 공개 **사본**으로, 귀하는 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 본 공개에 대한 응답으로 고용주의 산재보험 보험사에 기록을 송부하는 경우, 그 사본을 청구인의 법정 대리인에게도 송부하시기 바랍니다. (아래에 법정 대리인이 기재되지 않은 경우에는 청구인에게 사본을 송부하십시오.) 기록을 공개하는 의료 제공자는 반드시 뉴욕주법과 HIPAA를 준수해야 합니다.

본 공개는:

- **자발적입니다.** 귀하가 본 양식에 서명하든 그렇지 않든, 귀하의 의료 제공자는 반드시 동일한 진료, 지불 조건 및 혜택을 제공해야 합니다.
- **제한적입니다.** 이는 귀하의 의료 제공자에게 귀하가 아래에 기술하는 예전 질병/상태와 관련이 있는 건강 기록에 한하여 공개할 권리를 부여합니다.
- **일시적입니다.** 이는 귀하의 보상 청구가 성립되거나 불허되고 모든 이의 제기가 소진되면 종료됩니다.
- **철회 가능합니다.** 귀하는 언제든지 이 공개를 취소할 수 있습니다. 취소하려면, 본 양식에 열거된 의료 제공자에게 서신을 보내십시오. 또한, 고용주 산재보험 보험사 및 산재보상위원회 앞으로 해당 서신 사본을 보내 주십시오 참고: 이미 제공된 의료 기록과 관련해서는 이 공개를 취소할 수 없습니다.
- **오직 기록용입니다.** 이는 본 양식에 열거된 귀하의 의료 제공자가 귀하의 의료 기록을 귀하의 고용주 산재보험 보험사에 보낼 수 있도록 허가합니다.

이 양식은 귀하의 의료 제공자가 다음 유형의 정보를 공개하는 것을 허용하지 **않습니다**.

- HIV 관련 정보
- 정신치료 기록
- 알코올/약물 치료
- 정신건강 치료 (아래에 체크한 경우 제외)
- 구두 정보 (귀하의 의료 제공자는 귀하의 의료 정보를 그 누구와도 이야기해서는 안 됩니다)

공개 대상 의료 기록은 귀하의 산재보상 파일의 일부가 되며 산재보상법에 따라 기밀이 유지됩니다.

**A. 귀하의 정보(청구인)**

1. 성명: \_\_\_\_\_ 2. 사회보장번호: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. 우편 주소: \_\_\_\_\_
4. 생년월일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. 현재 상해일/질병 발생일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
6. 상해를 입은 모든 신체 부위를 포함해 현재 상해/질병 내용: \_\_\_\_\_
7. 귀하의 법정 대리인의 성명과 주소(있는 경우): \_\_\_\_\_

귀하가 귀하의 의료 제공자(복수 가능)에게 **정신 건강 진료** 정보를 공개하도록 허용할 경우 여기에 체크하십시오.

**B. 귀하의 의료 제공자** (같은 신체 부위에 대한 예전 상해나 유사한 질병에 대해 귀하를 치료한 의료 제공자를 모두 열거하십시오. 제공자가 2명을 초과하는 경우, 그들의 연락처 정보를 본 양식에 첨부하십시오.)

1. 제공자: \_\_\_\_\_ 2. 전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. 우편 주소: \_\_\_\_\_
4. 기타 제공자(있는 경우): \_\_\_\_\_ 5. 전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. 우편 주소: \_\_\_\_\_

**C. 읽고 아래에 서명하십시오.** 상기에 열거한 의료 제공자에게 고용주의 산재보험 보험사에 상기에 기재된 신체 부위의 과거 상해/질병과 관련된 모든 의료 기록을 제공하도록 요청합니다.

청구인의 서명(반드시 펜으로 작성하셔야 합니다. 가급적 청색 볼펜을 사용하시기 바랍니다) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

청구인이 서명할 수 없는 경우, 청구인을 대신해 서명하는 사람이 반드시 아래를 작성하고 서명해야 합니다.

귀하의 성명 \_\_\_\_\_ 청구인과의 관계 \_\_\_\_\_ 서명(반드시 펜으로 작성하셔야 합니다. 가급적 청색 볼펜을 사용하시기 바랍니다.) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_