이용자 이니셜: _____ 날짜: ____ / ____ / ____

COUNTY OF LOS ANGELES Public Health

물질 남용 예방 및 관리과(SAPC)

물질사용장애 건강정보 공개를 위해 추가로 승인된 기관

문서의 목적: 본 양식은 선택 사항이며, 42 CFR Part 2에 따라 허용되는 범위 내에서 첨부된 정보 공개 동의서(ROI)에 현재 명시된 기관 외에 추가 개인(들) 또는 기관(들)이 귀하의 보호 대상 물질사용장애(SUD) 건강정보를 공유하도록 승인하는 경우에만 사용해야 합니다. 첨부된 ROI 양식에 명시된 목적, 제한 사항 및 조건은 발효일, 만료일 또는 만료 조건, 승인 철회일을 포함하여 본 양식에도 적용됩니다. 본 양식은 ROI 양식에 서명할 때 작성하여 해당 ROI 양식에 첨부해야 합니다. 본 양식은 이미 작성된 기존 ROI 양식에 추가하거나 기존 ROI 양식과 함께 사용할 수 없습니다.

아래에서 추가로 승인된 개인 또는 기관을 지정할 ROI 양식을 선택하십시오.

☐ SAPC 치료 및 돌봄 조정 ROI 양식 **또는** ☐ SAPC 법적 절차 ROI 양식

I. 이용자 정보			
성명(성, 이름, 중간 이름):	생년월일:	Medi-Cal 번호:	Sage ID 번호:

II. 건강 정보 공유가 승인된 기관

본 양식을 첨부하는 정보 공개 동의서(ROI)에 명시된 바에 따라 귀하의 보호 대상 물질사용장애(SUD) 건강정보를 공개하도록 추가로 승인하려는 개인 및/또는 기관의 연락처 정보를 아래에 마련된 칸에 기재하십시오.

1. 기관명: _____
   주소: _____
   전화번호: _____ 팩스 번호: _____
   이메일: _____ 웹사이트: _____

2. 기관명: _____
   주소: _____
   전화번호: _____ 팩스 번호: _____
   이메일: _____ 웹사이트: _____

3. 기관명: _____
   주소: _____
   전화번호: _____ 팩스 번호: _____
   이메일: _____ 웹사이트: _____

4. 기관명: _____
   주소: _____
   전화번호: _____ 팩스 번호: _____
   이메일: _____ 웹사이트: _____