

## AUTHORIZATION TO EMAIL/TEXT PROTECTED HEALTH INFORMATION

보호받는 건강 정보를 이메일이나 문자로 받을 수 있는 권한부여

Name 이름: \_\_\_\_\_ DOB (생년월일): \_\_\_\_\_

Electronic mail and text messaging are forms of communication that may be utilized between Sunah Kim, Psy.D. and you. Please note that email and text communication are not secure communications. I cannot encrypt text messages, but I will send sensitive health information via encrypt email. Of note, encryption is the process of making information unreadable unless you have password to decrypt the information.

이메일이나 문자는 심리학자 김선아와 환자 사이에 사용할 수 있는 연락 수단입니다. 이메일이나 문자는 안전한 수단은 아닙니다. 문자는 암호화할 수 없지만, 민감한 건강 정보의 경우 암호화된 이메일을 통해 보내질 것입니다. 암호화란 비밀번호를 사용하지 않으면 정보를 읽을 수 없는 수단을 일컫습니다.

**ALERT:** If you elect to communicate with me via email from your workplace computer, you should be aware that your employer and its agents may have access to email communications between us. Email and text communications may become a part of your medical record.

주의: 직장 컴퓨터로 저와 이메일을 주고 받을 경우, 직장 관련자가 이메일 내용을 접근할 수 있습니다. 주고받은 이메일과 문자 메시지는 환자의 의료 기록이 됩니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to communicate with me via email, excluding my treatment/assessment records and other sensitive health information.

나는 심리학자 김선아가 이메일을 통해 나와 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 이메일 내용은 나의 치료 및 검사 결과 혹은 다른 민감한 건강 정보를 제외할 것입니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to communicate with me and send me attachment files via encrypt-enabled email (skimpsyd@protonmail.com), in which the file name is de-identified, and the file is encrypted, and unmodifiable, related to my health information.

나는 심리학자 김선아가 암호화된 이메일을 통해 나와 연락할 수 있을 뿐 아니라 내 건강정보와 관련된 내용의 첨부파일을 보낼 수 있는 권한을 부여합니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to communicate a third party authorized by me via encrypted email and to include attachment, which is de-identified in the file name, encrypted, and unmodifiable, related to my health information.

심리학자 김선아가 제 3 자에게 내 건강정보와 관련 암호화된 이메일로 연락을 취할 수 있고, 첨부파일을 보낼 수 있는 권한을 부여합니다. 첨부파일의 이름은 내 신상을 파악할 수 있는 내용이 없으며, 파일은 암호화되어 있고 수정 불가능한 형태입니다.

\* The written form of authorization to release information should be signed by me prior to this authorization.

내담자의 서면 허락없이 효력이 발생하지 않습니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to text me to remind me of upcoming appointments and/or care coordination activities. I will limit information via text to the minimum necessary.

문자를 통해 예약 고지를 받는 것을 허락합니다.

EXPIRATION OF THIS RELEASE 만료일

Date: \_\_\_\_\_

If no date is indicated, the authorization will expire upon termination of services provided by Sunah Kim, Psy.D.

날짜가 명시되지 않으면 서비스 종료까지 위의 권한 부여 내용이 유지됩니다.

\_\_\_\_\_  
Client/guardian/representative Signature 서명

\_\_\_\_\_  
Date 날짜

\_\_\_\_\_  
Print Name 이름

\_\_\_\_\_  
Relationship to client 내담자와의 관계

**NOTICE:** Sunah Kim, Psy.D. and many other organizations and care providers are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, state or federal confidentiality laws may no longer protect your health information.

환자의 비밀보장을 지켜야 하는 법적 의무가 없는 사람에게 당신의 건강정보 공개를 허락한다면, 그 내용은 더이상 법적으로 보호받지 못할 수 있습니다.

**YOUR RIGHTS:** The authorization to release information is voluntary. This authorization may be revoked at any time. The revocation must be in writing, signed by you or you/guardian/or representative, and delivered to Sunah Kim, Psy.D. The revocation will take effect immediately upon the recipient of your signed form. You are entitled to receive a copy of the authorization.

정보공개 허락은 자발적으로 이루어지며 언제든지 철회할 수 있습니다. 철회 내용은 반드시 서면으로 작성되어야 하고 환자의 서명이 있어야 하고 치료자에게 전달되어야 합니다.

철회는 서면을 받는 즉시 효력이 발생합니다. 원하시면 카피를 요구할 수 있습니다.