

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

**정보 제공 권한 부여 및 동의**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to release health information to:

나는 심리학자 김선아가 아래의 해당자에게 내 건강정보를 제공할 것을 허락합니다

Organization/Name 기관/해당자 명: \_\_\_\_\_

Address 주소: \_\_\_\_\_ City, State, Zip \_\_\_\_\_

Phone 전화: \_\_\_\_\_ Fax 팩스: \_\_\_\_\_

Email 이메일: \_\_\_\_\_

Check here if you consent to an exchange of information between the above parties.

위의 양자 간에 정보를 주고받는 것에 동의할 경우 체크를 하세요.

*\*If you elect to authorize to release information to above party via email, I will communicate via encrypted email. 위 해당자에게 이메일로 정보 제공할 것을 허락할 경우, 김선아는 암호화된 이메일을 통해 연락을 할 것입니다.*

Please specify the information that you authorize to be released 구체적 공개 내용:

Mental health information 정신건강 정보

Related to:  Treatment 치료  Evaluation 검사  Consultation 자문

Summary Report 요약 보고서  Evaluation Report 검사보고서  Progress Notes 치료노트

Entire records 모든 기록

Other (specify) 기타:

(subject to the Lanterman-Petris-Short Act, Welfare and Institutions code § 5000 et seq.).

I understand that raw data from psychological testing may not be released upon Dr. Kim’s discretion for the objectivity, fairness, and integrity of psychological methods, unless mandated by court.

법원의 명령이 없는 한, 심리 검사결과와 원 데이터는 심리학자 김선아의 판단에 따라 유출이 거부될 수 있습니다.

Medical health information 다른 의료건강 정보

(This may include drug/alcohol and mental health information documented by a primary care practitioner)

환자의 주치의가 작성한 약물/알콜 관련 혹은 정신건강 정보를 포함할 수 있습니다.

Drug and alcohol abuse, diagnosis, or treatment information in a federal substance abuse facility

약물/알콜 관련 연방 기관에서의 진단, 치료 내용

(42 C.F.R. §§ 2.34 and 2.35)

HIV/AIDS test results (Health and Safety Code §120980 (g)).

HIV/AIDS 테스트 결과

Other 기타: \_\_\_\_\_

Limitations upon disclosure 공개 내용 제약 사항: \_\_\_\_\_

The purpose of this release is 유출 및 전달 목적: \_\_\_\_\_

At the request of the client/guardian/representative 환자, 법적 보호자, 대변자의 요구에 의해

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.  
구체적 날짜가 없을 시, 환자의 권한부여는 심리학자 김선아가 제공하는 서비스가 완료될 때까지 효력이 발생한다.

\_\_\_\_\_  
Client/guardian/representative Signature Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Print Name Relationship to client

**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 언제든 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.