



WCB 케이스 번호(알고 있는 경우): _____

청구인에게: 귀하가 동일 신체 부위의 이전 부상에 대해 또는 귀하의 현재 청구서에 기술된 것과 유사한 질병에 대해 치료를 받은 경우 이 양식을 작성하십시오. 이 양식을 통해 귀하가 아래에 열거하는 의료 제공자들은 귀하 고용주의 근로자 재해보상 보험회사에 귀하의 이전 부상/질병에 대한 의료 정보를 공개할 수 있습니다. 연방 HIPAA 법률(1996년의 건강보험양도책임법)은 귀하가 이 양식의 사본을 받을 권리가 있다고 규정합니다. 귀하가 이 양식을 이해하지 못하는 경우 귀하의 법적 대리인에게 말씀하십시오. 귀하에게 법적 대리인이 없는 경우 근로자재해보상위원회의 부상 근로자 옹호자가 귀하를 도울 수 있습니다. 전화번호: 800-580-6665.

의료 제공자에게: 이 HIPAA 준수 공개서의 사본은 귀하가 건강 정보를 공개하는 것을 허용합니다. 이 공개서에 대응하여 고용주의 근로자 재해보상 보험회사에 귀하가 기록을 보내는 경우, 청구인의 법적 대리인에게도 사본을 우송하십시오. (아래에 법적 대리인이 기재되어 있지 않은 경우에는 사본을 청구인에게 발송하십시오.) 기록을 공개하는 의료 제공자는 뉴욕주 법률 및 HIPAA를 준수해야 합니다.

이 공개서는:
• 자발적인 것입니다. 귀하의 의료 제공자는 귀하가 이 양식에 서명하든 하지 않든 같은 치료, 결제 조건 및 혜택을 귀하에게 제공해야 합니다.
• 제한적인 것입니다. 이 공개서는 귀하의 의료 제공자가 귀하가 아래 기술한 이전 질병/상태에 관련된 의료 기록만 공개할 수 있는 권한을 제공합니다.
• 일시적인 것입니다. 이 공개서는 귀하의 현재 보상 청구가 확정되거나 각하되고 모든 이의 제기가 소진될 때 종료됩니다.
• 취소 가능한 것입니다. 귀하는 이 공개서를 언제든지 취소할 수 있습니다. 취소하려면 이 양식에 열거된 의료 제공자에게 편지를 보내십시오. 또한 귀하 고용주의 근로자 재해보상 보험회사와 근로자 재해보상 위원회에도 귀하 편지의 사본을 보내십시오. 주의: 이미 제공된 의료 기록과 관련하여서는 이 공개서를 취소할 수 없습니다.
• 기록만을 위한 것입니다. 이 공개서는 본 양식에 열거된 귀하의 의료 제공자가 귀하의 의료 기록 사본을 귀하 고용주의 근로자 재해보상 보험회사에 보낼 권한을 제공합니다.

이 양식은 귀하의 의료 제공자가 다음 타입의 정보를 공개하는 것을 허용하지 않습니다:
• HIV 관련 정보
• 정신치료 기록
• 알코올/마약 치료
• 정신건강 치료 (귀하가 아래에 체크하지 않는 한)
• 구두 정보 (귀하의 의료 제공자는 누구와도 귀하의 의료 정보를 토의할 수 없습니다)

공개되는 의료 기록은 귀하의 근로자 재해보상 파일의 일부가 될 것이며 근로자 재해보상 법률에 의거 대외비입니다.

A. 귀하의 정보 (청구인)

- 1. 성명: _____ 2. 사회보장번호: _____ - _____ - _____
3. 우편 주소: _____
4. 생년월일: ____/____/____ 5. 현재 부상/질병의 일자: ____/____/____
6. 현재 부상/질병, 부상 당한 모든 신체 부위 포함: _____
7. 귀하의 법적 대리인의 성명 및 주소(있는 경우): _____

귀하의 의료 제공자가 정신건강 치료 정보를 공개하는 것을 귀하가 허용하는 경우 여기에 체크하십시오.

B. 귀하의 의료 제공자(들) (동일 신체 부위의 이전 부상 또는 유사한 질병에 대해 귀하를 치료한 모든 의료 제공자를 열거하십시오. 의료 제공자가 3명 이상인 경우, 이 양식에 그들의 연락처 정보를 첨부하십시오.)

- 1. 의료 제공자: _____ 2. 전화번호: (____) _____
3. 우편 주소: _____
4. 기타 의료 제공자(있는 경우): _____ 5. 전화번호: (____) _____
6. 우편 주소: _____

C. 읽고 아래에 서명하십시오. 본인은 상기 의료 제공자(들)이 본인 고용주의 근로자 재해보상 보험회사에 상기 모든 신체 부위의 이전 부상/질병에 관련된 모든 의료 기록의 사본을 제공하도록 요청합니다.

청구인 서명(인크만 - 가능하면 정색 볼펜을 사용하십시오.)

일자

청구인이 서명할 수 없는 경우, 그를 대신하여 서명하는 사람은 아래를 작성하고 서명해야 합니다:

귀하의 성명

청구인과의 관계

서명(인크만 - 가능하면 정색 볼펜을 사용하십시오.)

일자