

Consent to share information

정보 공유를 위한 동의서

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

목적: 특정 에이전시/들과 특정 목적/들을 위해 그들의 정보를 공유하는 것에 대해 숙지한 소비자가 자유 의사로 동의함을 기록함.

Consumer

소비자

Name:

성명:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

생년월일: 일/월/년도 / /

Sex:

성별:

UR Number:

UR참조번호:

or affix label here
혹은 라벨을 부착하십시오

Section 1: Personal/health information to be shared

1 항: 공유할 개인/건강 정보

Service Type 서비스 종류 Examples: - Physiotherapy - counseling 예: - 물리 치료 - 상담	Name of Agency 에이전시 이름 Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council 예: - 스트로베리 커뮤니티 헬스 센터 - 블루베리 시의회	Type of Information 정보 유형 Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer 예: - 모든 관련된 정보 - 소비자가 언급한 예외 사항	Purpose/s 목적/들 Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care 예: - 추천서 - 공유된 간호/케이스 계획 - 소비자의 간호에 참여하는 서비스에 통보

Consent to Share Information 정보 공유를 위한 동의서

Section 2: Record of consent

2항: 동의 기록

Written consumer consent
 서면상의 소비자 동의

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.
해당 행정/의료 관계자들은 어떻게 그리고 왜 본인에 대한 일정 정보가 다른 서비스 제공자들과 공유될 수도 있는지에 대해 상기와 같이 저와 의논하였습니다. 저는 이를 이해하며 정보가 공유되는 것에 대해 동의합니다.

Signed: _____

서명: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /
날짜 (일/월/년도): / /

or
혹은

Verbal consumer consent

구두상의 소비자 동의

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

본인은 어떻게 그리고 왜 일정 정보가 다른 서비스 제공자들과 공유될 수도 있는지에 대해 소비자와 의논하였습니다. 상기 사항을 이해하였으며 정보가 공유될 것에 대해 숙지한 상태에서 위와 같이 동의하였음을 인정합니다.

or
혹은

Consumer does not have the capacity to provide consent

소비자는 동의를 제공할 역량을 가지고 있지 않습니다

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(즉, 자신이 동의하는 사항의 성격이나 그 결과에 대해 이해를 하지 못합니다)

Consent given by authorised representative _____
(name of authorised representative)

위임된 대리인의 동의 _____
(위임된 대리인 이름)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

위임된 대리인이 없거나 연락이 되지 않았습니다. 따라서 이 정보는 Health Records Act 2001에 명시된 대로 공유될 것입니다.*

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

*위임된 대리인으로부터 동의를 구하는 것이 정상적으로 가능하지 않거나 소비자에게 위임된 대리인이 없다 해도 의료 정보는 여전히 Health Records Act 2001에 명시된 상황에서 공유될 수 있습니다. 이는 정보의 공유가 의료 서비스 제공자에 의해 실시되며 의료 서비스 제공을 위해 정상적으로 필요하거나 법정 요건이 있는 경우를 포함합니다.

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

소비자/소비자의 위임을 받은 대리인이 상기에 서술된 바와 같이 정보가 공유되는 것에 대해 숙지한 상태에서 동의하는 결정을 하도록 보장하기 위하여, 해당 행정/의료 관계자는 반드시 다음 사항을 준수하여야 합니다. (이행하였으면 표시를 하시오)

- 1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
- 1. 다른 서비스/에이전시와 제안된 정보를 공유함을 소비자와 의논하였습니다.
- 2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
- 2. 소비자의 정보는 소비자가 동의 하였을 경우에만 이들 서비스/에이전시에 공유됨을 설명하였으며, 추천을 받는 경우, 소비자가 정보를 공개하지 않기를 원할 경우에도 서비스를 받기 위한 추천서는 진행될 수 있음을 통지하였습니다.
- 3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
- 3. 소비자에게 사생활 보호에 대한 정보, 예를 들어 당신의 정보는 – 개인적인 것입니다 등의 안내지를 제공하였습니다.
- 4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
- 4. 서류가 작성된 후 본 서류의 사본을 소비자에게 제공하였습니다.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
2012년 빅토리아주 보건부 제작

Consent obtained/witnessed by:
동의 취득자/증인:

Name:
이름:

Position/Agency:
직책/기관:

Sign:
서명:

Date: dd/mm/yyyy / /
날짜: 일/월/년 / /

CSI Page 1 of 1
CSI 페이지 1/1

Contact number:
연락처 번호: