

**급성 환자에 대한 입원 재활/CCC 진료 의뢰 양식**  
**ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM**  
**(KOREAN)**

**제 6 항: 개인 의료 정보 공개 승낙서****SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

모든 진료 의뢰를 위해 완료 기재가 요구됨 (사회 사업가/퇴원 준비 담당자/케이스 책임자) /

To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

나는 \_\_\_\_\_ 에서 진료 의뢰 위탁을 위해 나의 개인 의료 정보를 제공하는것을 승낙합니다.  
 (정보를 제공하는 의료기관 이름)  
 (Name of facility disclosing information)

**의뢰 위탁을 받는 의료 단체 / Organizations Referred to:**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baycrest         | <input type="checkbox"/> Markham Stouffville 병원   | <input type="checkbox"/> Toronto East 종합 병원  | <input type="checkbox"/> William Osler 의료 센터 |
| <input type="checkbox"/> Bridgepoint 의료   | <input type="checkbox"/> Providence 의료관리          | <input type="checkbox"/> Toronto Grace 의료 센터 | <input type="checkbox"/> York Central 병원     |
| <input type="checkbox"/> Credit Valley 병원 | <input type="checkbox"/> Rouge Valley 의료 시스템      | <input type="checkbox"/> Toronto 재활소         | <input type="checkbox"/> 기타 (명시함)            |
| <input type="checkbox"/> Halton 의료 서비스    | <input type="checkbox"/> Southlake Regional 의료 센터 | <input type="checkbox"/> Trillium 의료 센터      | Other (Specify)                              |
| <input type="checkbox"/> Lakeridge 의료     | <input type="checkbox"/> St. John's Rehab 병원      | <input type="checkbox"/> West Park 의료 관리 센터  | _____  |

**후천성 뇌 장애 (ABI) 진료 의뢰에만 해당됨 / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:**

Toronto ABI Network 은 환자들이 이용하는 의료 서비스 방법의 추세를 배우기위해 귀하의 진료 의뢰 정보에 대한 요약물 사용할 수도 있습니다. 이것은 재활 환자들의 치료를 받기위한 신청 및 치료 과정을 연구하는 질문에 대답하는것에 도움이 될 수 있습니다. 귀하의 정보는 시스템으로부터 수집된 후, 다른 환자들의 정보와 통합됩니다. 귀하의 이름 및 개인적인 의료 정보는 어느 공공적인 보고에도 사용되지 않습니다. 학술 조사 윤리 위원회는 귀하의 정보가 사용되기 이전에 모든 연구 기획을 승낙하여야 합니다. 만약 귀하가 귀하의 개인 의료 정보를 사용하는것을 원하지 않으시는 경우, 이 결정에 의해 귀하의 의료 치료는 어떠한 식으로든지 영향을 받지 않습니다.

- 예 / Yes, 나의 의료 정보를 시스템 향상과 연구를 위해 사용할 수 있습니다. 내 이름과 개인적인 의료 정보는 공공 보고에 사용될 수 없습니다.  
 아니요 / No, 나의 의료 정보를 시스템 향상과 연구를 위해 사용할 수 없습니다.

**전자화-의뢰 (e-Referrals)에만 해당됨 / For e-Referrals only:**

귀하의 의료 팀은 귀하의 의료 정보를 귀하를 치료하는 제공자들과 상담하기위해 전자화 의뢰 시스템을 사용합니다. 이 시스템은 귀하의 의료 치료 팀만이 귀하의 정보를 볼 수 있도록 설정되었습니다. 전자화 의뢰 시스템을 사용하는것은 진료 의뢰를 신속하게 합니다. 이 시스템은 또한 어떠한 지연이 생기는 경우 정보를 제공하므로 환자를 치료하는 우수성을 향상하는데 도움이 됩니다. 이 시스템내에서 귀하의 정보는 연구자에 의하여, 그리고 의료 시스템 계획의 목적으로 사용될 수 있습니다. 귀하의 정보는 이 시스템에서 수집된 후, 다른 환자들의 정보와 통합됩니다. 귀하의 이름과 개인적인 의료 정보는 어떠한 공공 보고에도 사용되지 않습니다. 학술 조사 윤리 위원회는 귀하의 정보가 사용되기 이전에 모든 연구 기획을 승낙하여야 합니다. 만약 귀하가 귀하의 개인 의료 정보를 사용하는것을 원하지 않으시는 경우, 이 결정에 의해 귀하의 의료 치료는 어떠한 식으로든지 영향을 받지 않습니다.

- 예 / Yes, 나의 의료 정보를 시스템 향상과 연구를 위해 사용할 수 있습니다. 내 이름과 개인적인 의료 정보는 공공 보고에 사용될 수 없습니다.  
 아니요 / No, 나의 의료 정보를 시스템 향상과 연구를 위해 사용할 수 없습니다.

환자 이름(활자체) / Print Name of Patient: \_\_\_\_\_

환자/대리인 서명 / Signature of Patient/Substitute: \_\_\_\_\_

대리인 이름: (활자체) / Name of Substitute (Print name): \_\_\_\_\_

환자와 관계, 만약 대리인이 서명하는 경우/ Relationship to patient, if signed by Substitute: \_\_\_\_\_

- 예, 승인서를 받은 당시, 통역사 서비스가 이용되었음./ Yes, an interpreter was used when consent was obtained.  
 통역사가 필요하지 않았음 / No interpreter was required.

날짜 (년/월/일) / Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_