

의료 서비스 제공자는 자발적이며 구두로 이루어진 동의를 문서화하거나 이 샘플 양식을 수정해 사용할 수 있습니다.

### 뉴욕시 예방접종 기록부(CIR)에 대한 참여 동의 19세 이상에게 제공됩니다

뉴욕시 예방접종 기록부(Citywide Immunization Registry, CIR)는 권한을 보유한 사용자가 개인의 예방접종 기록에 액세스할 수 있도록 하며 컴퓨터화된 기밀 시스템입니다. 엄격한 연방 및 주 법에 따라 시스템 내 개인 정보가 보호됩니다. CIR 참여 시 얻게 되는 이점으로는 다음이 있습니다:

- 담당 의료 서비스 제공자는 CIR을 사용하여 여러분이 필요한 모든 예방접종과 기타 권장되는 의학적 진료를 받도록 할 수 있습니다.
- CIR을 통해 여러분의 예방접종 기록에 영구적으로 쉽게 접근할 수 있습니다.

CIR 참여는 19세 이상의 성인을 대상으로 자발적으로 이루어지기에, 이 동의서를 작성하지 않으면 등록되지 않습니다. 참여를 원하시는 경우 아래의 설명을 신중히 읽고 아래의 빈 칸에 서명하십시오. 이 동의와 관련한 더 자세한 정보를 원하는 경우, 347-396-2400으로 전화하시기 바랍니다.

#### 동의 선언

나는 \_\_\_\_\_ (의사 또는 조직 이름)(이)가 뉴욕시 예방접종 기록부(CIR)에 내 예방접종 및 식별 정보를 공개하는 데 동의합니다. 나는 나의 의료 서비스를 지원하고 이미 받거나 향후 받게 될 예방접종을 기록하기 위한 CIR의 목적을 이해합니다. 나의 예방접종 정보는 품질 개선, 전염병 연구, 질병 통제의 목적으로 뉴욕시 보건 및 정신 위생부에서 잠재적으로 사용될 수 있습니다. 품질 개선 또는 연구 목적으로 사용되는 정보에서는 내 개인 식별 정보가 삭제될 것입니다.

CIR의 예방접종 정보는 다음에 공개될 수 있습니다: 나 자신, 내 건강 보험, 주 및 지역 보건부, 내가 등록한 학교, 내게 의료 서비스를 제공하는 공인 의료 서비스 제공자.

나는 CIR에 등록하지 않더라도 나의 치료, 지불, 혜택 등록에 아무런 영향이 없음을 이해합니다. 이 동의는 제공된 양식을 사용하여 언제든지 철회할 수 있습니다. 나의 동의 하에 CIR에서 받은 예방접종 정보는 이후 내가 동의를 철회하기로 하는 경우 CIR에 남게 됩니다. 그러나, 내가 동의를 철회하는 경우 향후 예방접종은 CIR에 기록되지 않습니다.

\_\_\_\_\_  
이름(정자체)

\_\_\_\_\_  
생년월일

\_\_\_\_\_  
서명

\_\_\_\_\_  
날짜