



County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

아닌 다른 백신을 접종할 수 있습니다.			
귀하의 자녀는 접종 전, 도중 또는 후에 어지러움을 느끼거나 실신한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
귀하의 자녀는 예방접종에 대해 불안감을 느낍니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

보험 관련 정보

참고: 자녀가 어린이 백신 프로그램 대상자인 경우 자녀의 백신 접종 비용은 무료입니다.

* 보험*: 다음 항목에 답변해 주십시오. 이 정보는 VFC(소아 백신)에 대한 연방 자금 지원 목적으로 사용됩니다.

제 자녀 ()는 보험에 가입되어 있지 **않습니다**(민간 보험, Medicaid, Medicaid MCO 또는 FAMIS 에 가입되어 있지 않음).
 ()는 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민입니다
 ()는 다음과 함께(해당 플랜에 동그라미 표시) **Medicaid MCO** 에 가입되어 있습니다: Sentara Community Care, Anthem HealthKeepers Plus, Molina Healthcare, United Healthcare Community Plan, Aetna Better Health
 카드에 표시된 회원 ID #: _____ **FAMIS 플랜입니까?** 예 아니요
 ()는 (동그라미) MCO 플랜이 아닌 **Medicaid** 또는 **FAMIS** 에 가입되어 있습니다: **Medicaid #** _____
 ()는 위 목록에 없는 보험에 가입되어 있습니다.

본인은 Fairfax County Health Department(Fairfax 카운티 보건국(FCHD))가 Medicare, Medicaid 및 기타 의료 혜택의 지급 신청을 지원하는 데 필요한 기록을 공개할 수 있도록 승인합니다. 본인은 제 3 자 지불인이 본인을 대신하여 승인된 보험금을 FCHD 에 납부할 것을 요청합니다.

고객, 부모/법정 후견인 또는 Loco Parentis 대리인의 서명

서명 날짜

취학 연령 학생의 예방 접종 기록 공유 허가 본인은 FCHD(Fairfax 카운티 보건국)가 학교 입학 요건을 충족하기 위한 명시적인 목적으로 자녀의 예방 접종 기록을 학교 시스템에 공개할 수 있도록 승인합니다.

고객, 부모/법정 후견인 또는 Loco Parentis 대리인의 서명

서명 날짜

HIV, B 형 또는 C 형 간염 검사에 대한 간주 동의 고지

FCHD 는 개정된 버지니아주 법전(1950 년)의 § 32.1 - 45.1 에 따라 다음과 같은 고지를 제공해야 합니다.

1. 귀하의 혈액이나 체액에 직접 노출되는 FCHD 의료 전문가, 근로자 또는 직원이 질병을 전염시킬 가능성이 있는 경우, 귀하의 혈액을 대상으로 인간 면역결핍 바이러스(HIV) 감염 여부 및 B 형 및 C 형 간염 검사가 실시됩니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 검사 결과를 알려드릴 것입니다. VA 주 법전 § 32.1 - 45.1 에 따라, 귀하는 노출된 개인에게 검사 결과를 공개할 것에 동의한 것으로 간주됩니다.
2. 질병을 전염시킬 수 있는 가능성이 있는 FCHD 의료 전문가, 근로자 또는 직원의 혈액이나 체액에 귀하가 직접 노출되는 경우, 해당 개인의 혈액을 대상으로 인간 면역결핍 바이러스('에이즈' 바이러스) 감염 여부 및 B 형 및 C 형 간염 검사가 실시되며 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 검사 결과를 알려드릴 것입니다.



County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

TDAP/Td, HPV 및 수막구균성 수막염 예방접종 동의서

자녀의 Tdap/Td 백신 접종에 대한 동의:

- 예, 본인은 Tdap/Td 백신에 대한 2021 예방접종 정보 설명서(VIS)를 읽었으며, 위험과 이점을 이해하고, 이 양식 상단에 기재된 자녀의 Tdap/Td 백신(주사) 접종 담당 보건국 및 보건국의 승인된 직원에게 동의합니다.
- 아니요, 현재 본인은 이 확인란을 선택하여 상기 표시된 바와 같이 현재 자녀에게 권장되는 백신 접종을 거부하거나 연기하기로 결정합니다.

고객, 부모/법정 후견인 또는 Loco Parentis 대리인의 서명

서명 날짜

아동의 (수막구균) MenACWY 백신 접종 동의서:

- 예, 본인은 (수막구균) MenACWY 백신에 대한 2021 예방접종 정보 설명서(VIS)를 읽었으며, 위험과 이점을 이해하고 본 양식 상단에 기재된 자녀의 수막구균성 ACWY 백신(주사) 접종 담당 보건국 및 보건국의 승인된 직원에게 동의합니다.

참고: 귀하의 자녀는 7 학년 입학 전 1 회, 12 학년 입학 전 1 회의 접종을 받게 됩니다.

- 아니요, 현재 본인은 이 확인란을 선택하여 상기 표시된 바와 같이 자녀에게 권장되는 MenACWY 백신 접종을 거부하거나 연기하기로 결정합니다.

고객, 부모/법정 후견인 또는 Loco Parentis 대리인의 서명

서명 날짜

자녀의 HPV 백신 접종에 대한 동의:

- 예, 본인은 HPV 백신에 대한 2021 예방접종 정보 안내문(VIS)을 읽었습니다. 본인은 위험과 이점을 이해하고, 본 양식 상단에 기재된 자녀의 HPV 백신(주사) 접종 담당 보건국 및 보건국의 승인된 직원에게 동의합니다.

참고: 귀하의 자녀의 연령에 따라 2 회 또는 3 회 접종이 필요할 수 있습니다.

- 아니요, 현재 본인은 이 확인란을 선택하여 상기 표시된 바와 같이 자녀에게 권장되는 HPV 백신 접종을 거부하거나 연기하기로 결정합니다.

부모, 법정 후견인 또는 Loco Parentis 대리인의 서명

서명 날짜



County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods, and diverse communities of Fairfax County

HIPAA 개인정보 처리방침 요약 고지

Fairfax 카운티는 귀하의 개인정보가 중요하다는 것을 잘 알고 있습니다. 정부 규정은 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 Fairfax 카운티 기관이 귀하의 의료 기록 관련 개인 정보를 보호할 것을 요구합니다. 귀하의 기록에는 귀하를 식별할 수 있는 개인 정보가 포함되어 있습니다. 의료진은 귀하의 기록에 귀하의 건강 상태 및 치료 기간 중 귀하에게 제공한 치료에 대한 정보를 기재합니다. 의료진이 귀하에게 더 많은 서비스를 제공하기를 원하는 경우 해당 정보 역시 기록에 기재됩니다.

당 기관의 정책은 항상 귀하의 기록을 안전하게 보관하는 것을 목표로 합니다. 당 기관은 귀하의 의료 정보를 보호하기 위해 가장 엄격한 수준의 법률을 준수합니다. 이 포스터는 정부 규정인 건강보험 양도 및 책임에 관한 법률(HIPAA)에 따라 귀하가 보유한 권리를 설명합니다. 당 기관은 해당 규정의 준수를 귀하에게 알릴 의무가 있습니다. 연방법과 주법은 때로 변경될 수 있습니다. 정부 규정이 변경될 경우 Fairfax 카운티와 당 기관, 이사회 및 위원회는 언제든지 개인정보 처리방침 및 개인정보 보호 관행을 변경할 수 있는 권리를 보유합니다. 해당 변경은 당 기관이 안전하게 보관하는 귀하의 모든 의료 기록에 적용됩니다.

귀하의 개인정보 보호 권리 요약

- 귀하의 직장이나 자택으로 연락할 것을 요청할 수 있습니다. 당 기관은 귀하의 모든 합리적인 요청에 대응할 수 있도록 노력할 것입니다.
- 귀하는 귀하의 전자 의료 기록 사본을 요청할 권리가 있습니다. 귀하는 본인의 의료 기록을 확인하거나 당 기관이 보관 중인 개인 기록의 사본을 요청할 수 있습니다. 귀하가 기록의 일부에 대해 만족하지 않을 수 있다고 판단한 경우 당 기관은 해당 요청을 거부할 수 있습니다.
- 귀하는 실험실에서 수행한 임상 검사 결과 보고서에 직접 접근할 수 있습니다.
- 서비스 또는 의료 항목을 전액 본인 부담하는 경우, 귀하는 해당 정보를 지급 또는 운영의 목적으로 귀하의 건강 보험사에게 공유하지 않을 것을 요청할 수 있습니다. 법에 의해 해당 정보의 공유가 요구되지 않는 한, 당 기관은 해당 요청에 동의할 것입니다.
- 귀하의 건강 기록에 오류 또는 누락된 내용이 있다고 판단한 경우 변경을 요청할 수 있습니다. 당 기관이 변경할 의무는 없으나 귀하의 우려 사항을 반영하기 위해 함께 노력할 것입니다.
- 타인에게 귀하의 건강 기록을 제공해야 할 경우가 발생할 수도 있습니다. 법에 의해 귀하의 정보를 공유해야 할 수 있습니다. 당 기관은 정당한 사유가 있는 경우에만 귀하의 정보를 공유할 것입니다. 귀하가 특정인에게 귀하의 정보를 제공하는 것을 원하지 않는 경우 반드시 당 기관에 알려주어야 합니다. 당 기관이 항상 그렇게 할 의무는 없으나, 귀하의 지시를 따르기 위해 노력할 것입니다.
- 귀하는 귀하의 정보를 공유한 모든 개인의 목록을 요청할 수 있습니다. 귀하의 치료, 청구서 결제 또는 서비스 관리의 목적으로 기타 의료 종사자에게 귀하의 정보를 공유한 경우는 이 목록에 포함되지 않습니다. 귀하가 건강 정보 공유에 이미 동의한 경우 역시 이 목록에 포함되지 않습니다.
- 귀하의 권리 및 당 기관이 귀하의 정보를 공유하는 방법에 대해 자세히 알아보려면 개인정보 처리방침 고지의 전체 사본을 요청하십시오. 언제든지 이 고지를 요청하실 수 있습니다. 당 기관에서 의료 서비스를 받을 때 해당 고지 한 부가 제공될 것입니다.
- 당 기관이 귀하의 취약한 보호 대상 건강 정보의 위반을 확인한 경우 귀하는 이에 대한 통지를 받을 권리가 있습니다.
- 당 기관이 귀하의 개인정보 보호 권리를 침해했다고 판단한 경우 귀하는 당 기관에 서신 또는 이메일을 보낼 수 있습니다. HIPAA 규정 준수 책임자 또는 Federal Department of Health and Human Services(연방 보건복지국)에서 귀하의 불만 사항과 관련하여 도움을 드릴 것입니다.

Fairfax 카운티의 HIPAA 준수 프로그램에 대한 자세한 내용은 다음으로 문의하시기 바랍니다:

HIPAA 규정 준수 책임자

12000 Government Center Parkway, Suite 527 | Fairfax, VA 22035
전화: (703) 324-4136 | TTY: (703) 968-0217 | 웹사이트: www.fairfaxcounty.gov/hipaa

Fairfax 카운티는 모든 카운티 프로그램, 서비스 및 활동에서 차별 금지 정책을 약속하며 요청 시 합리적인 편의를 제공합니다.

Fairfax 카운티 보건국의 개인정보 처리방침 고지 사본을 받으려면 이 확인란을 선택하시기 바랍니다.