

# Consumer Consent to Share Information

## 정보 공유를 위한 소비자 동의서

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

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:

UR 참조번호:

or affix label here  
 혹은 라벨을 부착하십시오

## Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

### 1 항 : 제안된 정보 사용과 공개

Service Type 서비스 종류 Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant 예: - 물리 치료 - 전문의 상담	Name of Agency 에이전시 이름 Examples: - Any agency - Nominated clinic 예: - 특정 에이전시 - 지명된 병원	Type of Information (including limits as applicable) 정보의 종류 (경우에 따라 제한 포함) Examples: - All relevant information - Test results only 예: - 모든 관련된 정보 - 테스트 결과만	Purpose/s 목적/들 Examples: - Referral - Care coordination 예: - 추천서 - 간호 일정

Consumer Consent to Share Information

## Section 2: Record of Consumer Consent

### 2 항: 소비자 동의 기록

2(a) Written Consumer Consent Or  
2(a) 서면상의 소비자 동의 또는

*The worker/practitioner has discussed with me how and why certain information about me may be shared with other service providers. I understand this and I give my informed consent for the information to be shared as detailed above.*

해당 행정/의료 관계자들은 어떻게 그리고 왜 본인에 대한 일정 정보가 다른 서비스 제공자들과 공유될 수도 있는지에 대해 저와 의논하였습니다. 저는 이를 이해하며 상기에 서술된 바와 같이 정보가 공유되는 것에 대해 제가 숙지한 상태에서 동의합니다.

Signed: \_\_\_\_\_  
서명: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
날짜: 일/월/년도 / / \_\_\_\_\_

Signed by: \_\_\_\_\_  
서명한 자: \_\_\_\_\_

Consumer OR  
 소비자 또는  
 Authorised representative on behalf of:  
 대신하는 위임받은 대리인:

\_\_\_\_\_  
(Consumer)  
\_\_\_\_\_  
(소비자)

**Witnessed by:**  
증인:  
Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)  
서명: \_\_\_\_\_  
(행정/의료 관계자)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
날짜: 일/월/년도 / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
행정/의료 관계자 이름: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_  
직위: \_\_\_\_\_

2(b) Verbal Consumer Consent  
2(b) 구두상의 소비자 동의

**Worker/Practitioner Use Only**  
행정/의료 관계자 용

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.  
구두상의 동의는 서면으로 된 동의를 받는 것이 가능하지 않는 경우에만 사용되어야 합니다.

*I have discussed with the consumer/consumer's authorised representative 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 소비자/소비자의 위임을 받은 대리인과 의논하였습니다.

Signed: \_\_\_\_\_  
(Worker/Practitioner)  
서명: \_\_\_\_\_  
(행정/의료 관계자)

Dated: dd/mm/yyyy / / \_\_\_\_\_  
날짜: 일/월/년도 / / \_\_\_\_\_

Worker/Practitioner Name: \_\_\_\_\_  
행정/의료 관계자 이름: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_  
직위: \_\_\_\_\_

To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent 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 if requested (see guidelines) once completed   
4. 소비자가 본 서류의 사본을 원했을 경우 서류가 작성된 후 소비자에게 그 사본을 제공하였습니다. (지침 참조)

Produced by the Victorian Department of Human Services, 2009

This information collected by:		CCSI Page 2 of 2
Name: _____	Position/Agency: _____	
Sign: _____	Date: dd/mm/yyyy / / _____	Contact number: _____