



Notice of Deemed Consent to HIV, HEPATITIS B, AND HEPATITIS C Blood Testing

A Virginia law was enacted in 1989 that allows health care providers to test their patients for HIV, Hepatitis B and C when workers are exposed to the blood or body fluids of a patient which may transmit human immunodeficiency virus (HIV) that causes AIDS, Hepatitis B, or Hepatitis C. Because this is a law, in the event of such exposure you will be deemed as consented to such testing, and to have consented to release of the test results to the exposed worker. Except in emergencies, you will be informed before any of your blood is tested for HIV antibodies, Hepatitis B, or Hepatitis C. The testing will be explained to you and you will be given the opportunity to ask any questions you may have. You will be provided with the test results and given appropriate counseling. Test results: if positive, are required by law to be reported to the Virginia Department of Health. I have read and understood the above information.

1989년 버지니아 법이 제정되어 AIDS, 감염을 유발하는 인간 면역결핍 바이러스(HIV)를 전염시킬 수 있는 환자의 혈액이나 체액에 근로자가 노출될 때 의료 서비스 제공자가 환자의 HIV, B형 및 C형 감염 검사를 할 수 있습니다. 이것은 법률이기 때문에 그러한 노출이 발생한 경우 해당 검사에 동의한 것으로 간주하고 노출된 작업자에게 검사 결과를 공개하는 데 동의한 것으로 간주합니다. 응급 상황을 제외하고, 귀하의 혈액에서 HIV 항체, B형 감염 또는 C형 감염 검사를 받기 전에 귀하에게 통지할 것입니다. 검사에 대해 설명하고 질문을 할 수 있는 기회가 주어집니다. 검사 결과를 안내받고 적절한 상담을 받게 됩니다. 검사 결과: 양성인 경우 법에 따라 버지니아주 보건부에 보고해야 합니다. 본인은 위의 정보를 읽고 이해했습니다.

Patient Signature: _____ Date: _____



MID-ATLANTIC OBGYN
physicians & midwives

Authorization

I, _____ hereby authorize Mid-Atlantic OB-GYN, to apply for benefits on my behalf for services rendered. I certify that the information I have provided is correct. I authorize the release of any necessary information including medical information for this or any related claim to the health insurance I have provided. Should collection action become necessary, I further authorize the release of demographic information including cell phone numbers to outside agency to facilitate collection of my debt. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I may revoke this authorization at any time in writing.

권한 부여

나, _____은(는) 이에 따라 Mid-Atlantic 산부인과가 제공한 서비스에 대해 나를 대신하여 혜택을 신청할 수 있는 권한을 부여합니다. 제공한 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 이에 대한 의료 정보 또는 본인이 제공한 건강 보험에 대한 관련 청구를 포함하여 필요한 정보의 공개를 승인합니다. 징수 조치가 필요한 경우, 본인은 내 부채 징수를 용이하게 하기 위해 휴대 전화 번호를 포함한 인구 통계 정보를 외부 기관에 공개하는 것을 추가로 승인합니다. 본인은 이 승인의 사본을 원본 대신 사용하는 것을 허용합니다. 나는 이 승인을 서면으로 언제든지 철회할 수 있습니다.

Patient Signature: _____

Date: _____