

개인 건강 정보의 사용 및 공개 허가 AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KOREAN)

본인은 다음을 이해합니다.

I understand the following:

- 제 개인 건강 정보를 공개하는 것을 허가하는 본 양식에 서명을 거부할 권리가 본인에게 있습니다. 허가 양식 서명을 거부하더라도 진료를 받거나 서비스에 대한 환급을 받는 것에 부정적 영향을 미치지 않을 것입니다. 본 허가서의 서명을 거부했을 때 본인의 진료에 영향을 미치는 유일한 상황은 해당 진료가 연구 관련이거나 다른 사람에게 건강 정보를 제공하는 목적만이고 그러한 공개에 허가가 필요할 때입니다.

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- 이러한 요청과 관련하여 수수료가 있을 수 있습니다. There may be a fee associated with this request.
- 이 허가에 따라 사용되거나 공개되는 정보는 재공개될 수 있으며 그러한 경우, 연방법에 의해 보호를 받지 못합니다. 그러나 본인은 연방법 또는 주법이 HIV/AIDS, 정신 건강 정보, 유전자 검사 정보 및 약물/알코올 진단, 치료 또는 진료 의뢰 정보의 재공개를 규제할 수 있음을 또한 알고 있습니다.

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- 본인은 본 서명 허가서의 사본을 받을 권리가 있습니다. I have the right to receive a copy of this signed authorization.
- 본인은 본 허가를 서면상으로 언제든지 철회할 수 있습니다. 본 허가를 본인이 철회하는 경우, 하기 서술된 정보는 서명 허가서에 기재된 목적을 위해 더 이상 사용되거나 공개될 수 없습니다. Swedish 가 그러한 허가에 기초하여 조치를 취했거나 허가가 보험 보장의 조건으로 얻어지는 경우는 예외입니다.

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

진료 장소에 따라 다음 시설 중 한 곳으로 본 허가서 또는 철회서를 제출해 주십시오.

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p>Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 팩스/Fax: (206) 320-2626 이메일/Email: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group 전화/Phone: (206) 320-3025 팩스/Fax: (478) 238-9436 이메일/Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	---

중요 사항: Swedish는 청구상 요구되는 경우가 아니라면 환자의 소셜 시큐리티 번호를 출력하거나 공개하지 않습니다. 그러나 소셜 시큐리티 번호는 몇 년이 지난 환자 정보에 포함되어 있을 수 있습니다. 공개를 허가하시는 정보에는 소셜 시큐리티 번호가 포함될 수 있습니다.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.

병원 시설, 직원, 관리자 및 의사는 이에 따라 명시 및 허가된 범위까지 위 정보의 공개에 대한 모든 법적 책임이나 의무로부터 면제됩니다.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.



개인 건강 정보의 사용 및 공개 허가
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KOREAN)

Swedish Health Services 및 제휴기관은 환자의 의료보험 및 사용내역에 적힌 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령 또는 장애 여부를 이유로 차별하지 않습니다.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

주의 : 귀하가 영어를 못하는 경우 귀하는 자유롭게 언어 지원 서비스를 받을 수 있습니다. (888) 311-9127 (TTY텔레 타이프라이터 : 711)로 전화하십시오

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

본인은 Swedish가 다음에 관한 하기 특정 건강 정보의 사본을 사용하고 공개하는 것을 허가합니다.

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

환자 이름/Patient's Name _____ 생년월일/DOB: _____

환자 주소/Patient's Address: _____ 전화/Phone: _____

시/City: _____ 주/State: _____ 우편번호/Zip Code: _____

공개 대상: 본인 또는 수신인 이름: _____
 To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

수신인 주소: _____

Recipient's Address:

시/City: _____ 주/State: _____ 우편번호/Zip Code: _____

전화/Phone: _____ 팩스/Fax: _____ 이메일/Email: _____

기록 전송 방식: MyChart 이메일 디스크 서면 팩스
 Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

저는 다음 시설로부터 정보를 요청하는 바입니다. I am requesting information from the following facility(s):

병원명(목록) 및 전화 번호 Hospital Name (List) & Phone Number	클리닉 이름(목록) 및 전화 번호 Clinic Name (List) & Phone Number

날짜 범위 시작일: _____ 종료일: _____
 For the range of dates from: to:

다음 진단 또는 부상과 관련된 정보에 대해: _____
 For information related to the following diagnosis or injury:

공개될 정보/Information to be disclosed:

- 병력 및 신체검사/History & Physical
- 수술 기록/Operative Report
- 진단 보고(검사실, 엑스레이, EKG 등)
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
- 기타(구체적으로 기입)/ Other (specify): _____
- 퇴원 정보 요약서/Discharge Summary
- 응급실 보고서/Emergency Department Report
- 차도 메모/Progress Notes

목적: _____
 For the purpose of:

개인 건강 정보의 사용 및 공개 허가
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KOREAN)

철회되지 않는 이상, 이 허가서는 180일 후에 또는 다음 날짜에 만료됩니다: _____

Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

조건: 본 허가는 본인에 의해 서면상으로 명시적으로 제한되지 않는 이상 모든 검사 및/또는 성병 치료, AIDS, HIV 감염, 알코올 및/또는 약물 남용, 정신 건강 질환 또는 다른 민감한 정보에 적용됩니다.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

환자 서명: _____ 날짜/Date: _____

Patient Signature: _____
(정자체 및 직접 서명)
(Print form and sign by hand)

환자 대리인 이름: _____ 날짜/Date: _____

Patient Representative Name:

환자 대리인 이름: _____

Patient Representative Signature: _____
(정자체 및 직접 서명. 증빙 서류를 첨부해 주세요.)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

환자와의 관계: _____

Relation to Patient:

