보호 대상 건강 정보의 공개에 대한 허가

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (Korean)

SWEDISH

Swedish 메디컬 센터(병원) ☐
Swedish 메디컬 그룹(클리닉) ☐
Swedish 암 병원 ☐
Swedish/Edmonds ☐

본인은 본인의 의료 기록 정보를 공개하는 것을 허락합니다.

_____
환자 이름(또는 별칭)

_____ ( )
생년월일 전화

_____
주소

_____
시, 주, 우편번호

귀하는 의료 서비스 정보를 다음에서 얻을 수 있습니다.

_____
클리닉/병원 서비스 제공자 이름

_____
주소

_____
시, 주, 우편번호

( ) ( )
팩스 전화

귀하는 의료 서비스 정보를 다음으로 발송할 수 있습니다.

_____
이름(예: 본인, 변호사, 서비스 제공자)

_____
주소

_____
시, 주, 우편번호

( ) ( )
팩스 전화

출생 기록을 요청하는 경우, 환자가 출생할 당시 어머니의 이름을 포함: _____

요청한 정보의 종류(해당사항을 모두 체크해 주세요):

☐ 응급 보고서 ☐ 약 ☐ 구두 ☐ 기타 영상 촬영(MRI, 초음파, 핵)
☐ 수술 보고서 ☐ 병력 및 신체 ☐ 퇴원 요약 ☐ 진행 (차트) 정보
☐ 검사 ☐ 심전도 ☐ 엑스레이 ☐ 상담 ☐ 기타_____

위의 섹션을 작성하지 않은 경우, 기록 요청에 대한 답변에는 마지막 서비스 날짜로부터 최근 2년 동안의 기록 요약이 포함됩니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. 병력 및 신체. 퇴원 요약. 수술/처치 기록. 응급실 보고서 및 검사 결과.

특정 치료 날짜: _____

정보 공개 목적(하나만 선택):

☐ 담당 의사/치료 지속 ☐ 본인 ☐ 보험금 청구 ☐ 법률 ☐ 기타(자세히) _____

본인은 다음을 이해합니다.

- ✓ 본인이 서면으로 명시적인 제한을 하는 경우를 제외하고 **본 허가서는 성병, 에이즈 또는 HIV 감염, 알코올 및/또는 약물 중독, 정신 건강 상태 등을 포함한 검사 및/또는 치료의 모든 사항까지 확대됩니다.**
- ✓ 이 허가서는 언제든지 서면으로 취소할 수 있으며 본 허가서에 따라 취해진 조치는 제외됩니다.
- ✓ Swedish에서 치료를 받기 위해 본인이 이 허가서에 서명할 필요는 없으며 연구 관련 치료나 의료 정보를 제3자에게 공개하려는 목적의 치료법과 같은 제한된 상황일 경우는 예외입니다.
- ✓ 정보 공개에는 무단 재공개의 가능성이 있으며 연방 또는 주 비밀보장법의 보호를 받지 못할 수 있습니다.

교수진, 직원, 책임자 및 의사들은 여기에 표시되고 허락된 범위 내에서 상기 정보의 공개에 대한 모든 법적 책임을 면제 받습니다.

만료 날짜 또는 이벤트: _____
*금융기관이나 환자의 고용주에게 의료 서비스 비용 지급 이외의 목적으로 정보를 공개하는 것에 대한 허가는 별도 명시된 경우를 제외하고 서명한 날짜로부터 90일 후 만료됩니다.

_____ _____
환자 서명 **날짜**

_____ _____ _____
또는 법적 대리인 **관계** **날짜**