

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

본인은 다음을 이해합니다.

- 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.
- 이러한 요청과 관련하여 수수료가 있을 수 있습니다.
- 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 진료의뢰 정보의 재공개를 규제할 수 있음을 또한 알고 있습니다.
- 본인은 본 서명 허가서의 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 본인은 본 허가를 서면상으로 언제든지 철회할 수 있습니다. 본 허가를 본인이 철회하는 경우, 하기 서술된 정보는 서면 허가서에 기재된 목적을 위해 더 이상 사용되거나 공개될 수 없습니다. Swedish가 그러한 허가에 기초하여 조치를 취했거나 허가가 보험 보장의 조건으로 얻어지는 경우는 예외입니다.

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

**Swedish Medical Center**  
Release of Information Department  
747 Broadway, Seattle, WA 98122  
팩스: (206) 320-2626  
이메일: ROI@swedish.org

**Swedish Medical Group**  
전화: (206) 320-3025  
팩스: (425) 454-2935  
이메일: smgroi-wa@cioxhealth.com

**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.

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

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

**ATTENTION:** If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services.

Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**注意:** 如果您講中文, 我們可以給您提供免費中文翻譯服務, 請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

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

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

환자 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

환자 주소: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

공개 대상: \_\_\_\_\_ 본인 또는 수신인 이름: \_\_\_\_\_

수신인 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_ 팩스 \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

기록 전송 방식: \_\_\_\_\_ MyChart \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_ 디스크 \_\_\_\_\_ 서면 \_\_\_\_\_ 팩스 \_\_\_\_\_

저는 다음 시설로부터 정보를 요청하는 바입니다.

병원명(목록) 및 전화 번호	클리닉 이름(목록) 및 전화 번호

날짜 범위 시작일: \_\_\_\_\_ 종료일: \_\_\_\_\_

다음 진단 또는 부상과 관련된 정보에 대해: \_\_\_\_\_

**공개될 정보:**

병력 및 신체검사

퇴원 정보 요약서

수술 기록

응급실 보고서

진단 보고(검사실, 엑스레이, EKG 등)

차도 메모

기타(구체적으로 기입): \_\_\_\_\_

목적: \_\_\_\_\_

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

**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.

환자 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

(정자체 및 직접 서명)

환자 대리인 이름: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

환자 대리인 이름: \_\_\_\_\_

(정자체 및 직접 서명. 증빙 서류를 첨부해 주세요.)

환자와의 관계: \_\_\_\_\_

