



환자의 지정된 기록 세트 이용 요청

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (KOREAN)

일부 지역에서 Swedish Health Services 및 제휴 기관은 환자 진료 기록을 환자 병원 기록과는 별도로 보관할 수 있습니다. 요청 시 당사는 본 양식을 다른 시설에 팩스로 발송해 드립니다.

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

제공된 요청 양식에 작성 공간이 더 필요하실 경우 추가 페이지를 첨부하셔도 됩니다.

You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

진료 장소에 따라 다음 시설 중 한 곳으로 본 양식을 제출해 주십시오.

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

Swedish Medical Center	Swedish Medical Group
Release of Information 747 Broadway, Seattle, WA 98122 전화/ Phone: (206) 320-3850 팩스/ Fax: (206) 320-2626 이메일/ Email: ROI@swedish.org	전화/ Phone: (206) 320-3025 팩스/ Fax: (478) 238-9436 이메일/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com

이러한 요청과 관련하여 수수료가 부과될 수도 있습니다.

Fees may be associated with this request.

중요: Swedish 및 제휴 기관은 청구에 필요한 경우를 제외하고 환자의 소셜 시큐리티 번호를 출력하거나 공개하지 않습니다. 그러나 몇 년이 지난 환자 기록에는 소셜 시큐리티 번호가 포함되어 있을 수 있습니다. 요청한 기록에는 귀하의 소셜 시큐리티 번호가 포함되어 있을 수 있습니다.

Important: Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting 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.

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.

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).



환자의 지정된 기록 세트 이용 요청

PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (KOREAN)

환자 성명: _____ Patient's Name:		생년월일: _____ DOB:	
이전에 사용된 성명: _____ Prior Name(s) Used:		전화: _____ Phone:	
환자 주소: _____ Patient's Address:			
시: _____ City:	주: _____ State:	우편번호: _____ Zip Code:	
환자 이메일: _____ Patient's Email:			
본인의 기록 공개처: 상기 주소에서 본인 수령 Please disclose my records to: Myself at the address above		<input type="checkbox"/>	또는 다음 수령인 or the following recipient
성명: _____ Name:		주소: _____ Address:	
시: _____ City:	주: _____ State:	우편번호: _____ Zip Code:	
전화: _____ Phone:	팩스: _____ Fax:	이메일: _____ Email:	
다음에 이용해 본인의 기록 제출: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 디스크 <input type="checkbox"/> 문서 <input type="checkbox"/> 팩스 Please send my records via: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Disc <input type="checkbox"/> Paper <input type="checkbox"/> Fax			
저는 다음 시설로부터 정보를 요청하는 바입니다. I am requesting information from the following facility(s):			
병원/의료제공자명 List Hospital(s) or Provider Name(s)		및/또는 AND/OR	클리닉/의료제공자명 List Clinic(s) or Provider Name(s)
날짜 범위 시작일: _____ For the range of dates from:		종료일: _____ to:	



3600

**SWEDISH**

Patient Identification Sticker

공개될 정보:**Information to be disclosed:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 병력 & 신체검사
History & Physical | <input type="checkbox"/> 퇴원 정보 요약서
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> 수술 보고서
Operative Report | <input type="checkbox"/> 응급실
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> 진단 보고(검사실, 엑스레이, EKG 등)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> 보고서 차도 메모
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기입): _____
Other (specify): | <input type="checkbox"/> 최근 2년만 해당
Last 2 years only |

이러한 요청과 관련하여 수수료가 부과될 수도 있습니다. 일부 기록은 MyChart를 통해 수령할 수 없습니다.
Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

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

날짜: _____
Date

Patient Signature:

대리인 성명: _____
Representative Name:

날짜: _____
Date:

대리인 서명: _____
Representative Signature:

환자와의 관계: _____
Relation to Patient:

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



1ROI