



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.

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

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

<p>Swedish Medical Center</p> <p>Release of Information</p> <p>747 Broadway, Seattle, WA 98122</p> <p>전화: (206) 320-3850</p> <p>팩스: (206) 320-2626</p> <p>이메일: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group</p> <p>전화: (206) 320-3025</p> <p>팩스: (425) 454-2935</p> <p>이메일: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	--

이러한 요청과 관련하여 수수료가 부과될 수도 있습니다.

중요 사항: 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.

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).



환자의 지정된 기록 세트 이용 요청

환자 이름: _____		생년월일: _____	
이전에 사용한 이름: _____		전화: _____	
환자 주소: _____			
시: _____	주: _____	우편번호: _____	
환자 이메일: _____			
기록 공개처: 상기 주소에서 본인 수령		또는 다음 수령인	
이름: _____		주소: _____	
시: _____	주: _____	우편번호: _____	
전화: _____	팩스: _____	이메일: _____	
기록 전송 방식:	MyChart	이메일	디스크
		서면	팩스
저는 다음 시설로부터 정보를 요청하는 바입니다.			
병원 목록 또는 제공자명		및/또는	클리닉 목록 또는 제공자명
날짜 범위 시작일: _____		종료일: _____	
공개될 정보:			
병력 및 신체검사 수술 기록 진단 보고(검사실, 엑스레이, EKG 등) 기타(구체적으로 기입): _____		퇴원 정보 요약서 응급실 보고서 차도 메모 최근 2 년만 해당	
이러한 요청과 관련하여 수수료가 부과될 수도 있습니다. 일부 기록은 MyChart 를 통해 수령할 수 없습니다.			
환자 서명: _____		날짜: _____	
(정자체 및 직접 서명)			
대리인 이름: _____		날짜: _____	
대리인 서명: _____		환자와의 관계: _____	
(정자체 및 직접 서명. 증빙 서류를 첨부해 주세요.)			

