



\* 별표가 있는 곳은 필수 기입 필드입니다.

CATS 배포에는 사용하지 마시오

**A**

\* 환자 이름 \_\_\_\_\_ 의료기록번호 \_\_\_\_\_  
 \* 환자 출생일 \_\_\_\_\_ 사회보장# (마지막 4 자리) \_\_\_\_\_  
 \* 접촉 전화번호 \_\_\_\_\_ 접촉 이메일 \_\_\_\_\_  
 \* 환자 주소 \_\_\_\_\_  
 스트리트 주소 \_\_\_\_\_ 시티 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

**B** \* 저는 Inova 에게 다음 권한을 부여합니다 (한 곳에 체크):

정보 제공 대상자: }  
 (Release the information indicated to)  
 정보 수집 요청 대상자: }  
 (Request the information indicated from)  
 \_\_\_\_\_  
 정보를 제공받거나 배포하는 사람이나 기관의 이름

스트리트 주소 \_\_\_\_\_ 시티 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_  
 전화# \_\_\_\_\_ 팩스# \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_

**C** \* 공급/공개 되는 정보: (해당되는 모든 곳에 체크):

시절: \_\_\_\_\_  
 모든 Inova 시설  
 입원/치료 요청을 한 날짜: \_\_\_\_\_

청구 정보  
 완전한 의료기록  
 상담  
 퇴원 요약  
 EKG/EEG  
 응급실 기록

병력 & 신체  
 시험 기록  
 복용하는 약의 목록  
 수술 기록  
 병리학 기록  
 의사 지시  
 경과 기록

정신과 간호 기록  
 정신과 검사  
 방사선 이미지/CD  
 방사선 기록  
 기타 (구체적으로): \_\_\_\_\_

**D** \* 목적 (해당되는 모든 곳에 체크):

의학적 후속행위  
 변호인  
 개인적 용도  
 장애  
 보험  
 기타 \_\_\_\_\_

**E** \* 기록 수집 방법 (한 곳에 체크):

MyChart  
 팩스 (25 페이지 이하)  
 전자 매체 (CD)  
 우편 - 일반  
 우편 - 급행. 요청이 있다면, 건강정보 관리국은 기록 공급을 신속히 처리할 수 있습니다. 귀하는 이로 인하여 발생하는 실비 청구를 받을 것입니다.  
 직접 방문하여 검토. 검토를 위해서는 약속을 정해야 합니다.

이메일 - 암호 처리  
 이메일 - 암호 처리 없음  
 직접 수거

**F** 저는 본인의 정보를 받는 사람 또는 기관이 HIPAA 개인정보 규정이 포괄하는 보건의료인 또는 헬스플랜이 아닐 경우, 위에 기술한 정보는 제공될 수 있으며 더 이상 이 규정에 의해서 보호되지 않을 것임을 이해합니다.

저는 이 권한부여를 취소하기 위해서 서면으로 된 통보가 필요하다는 것을 이해합니다. 저의 취소는 이 권한부여에 따라 기왕에 이뤄진 공개에 대해서는 효력이 없다는 것을 인지합니다.

이 공개 배포 대상 기록에는 연방 또는 주 당국의 규정에 의해 별도의 권한부여는 필요하지 않지만 저에 관한 민감한 정보가 포함될 수 있다는 것을 이해합니다.

제가 이 양식에 서명하지 않으면 저에 대한 치료가 제공되지 않을 것임을 이해합니다.

\_\_\_\_\_  
 \* 환자 또는 권한받은 대리인 (서명)  
 (Patient or Authorized Representative (signature))

\_\_\_\_\_  
 \* 날짜/시간 (권한부여는 서명일 6 개월 이후에 만료됩니다)  
 (Date/Time (Authorization will expire six months after date signed))

\_\_\_\_\_  
 \* 환자 또는 권한받은 대리인 (인쇄체 이름)  
 (Patient or Authorized Representative (print name))

\_\_\_\_\_  
 \* 환자와의 관계 (구체적으로 작성하거나, "본인"이라면 이곳에 체크)  
 (Relationship to Patient (specify, or check box if "self"))

본인

통역 안내 (해당할 경우 Inova 담당자가 작성):

**Interpreter Information** (To be completed by Inova staff, if applicable):

In person  Telephonic  Video Interpreter name/ID number (if applicable) \_\_\_\_\_  
 Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter  Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_  
 Gender:  Male  Female

**Inova**

**보호 대상 건강정보의 요청/공개 권한부여**

**Authorization to Request/Disclose Protected Health Information KOREAN**

