



* 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: _____

<input type="checkbox"/> 청구 정보	<input type="checkbox"/> 병력 & 신체	<input type="checkbox"/> 정신과 간호 기록
<input type="checkbox"/> 완전한 의료기록	<input type="checkbox"/> 시험 기록	<input type="checkbox"/> 정신과 검사
<input type="checkbox"/> 상담	<input type="checkbox"/> 복용하는 약의 목록	<input type="checkbox"/> 방사선 이미지/CD
<input type="checkbox"/> 퇴원 요약	<input type="checkbox"/> 수술 기록	<input type="checkbox"/> 방사선 기록
<input type="checkbox"/> EKG/EEG	<input type="checkbox"/> 병리학 기록	<input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로): _____
<input type="checkbox"/> 응급실 기록	<input type="checkbox"/> 의사 지시	
	<input type="checkbox"/> 경과 기록	

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

