

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

건강 정보 사용 또는 공개에 대한 허가

정보를 모두 기재하지 않으면 허가가 무효가 될 수 있습니다.

의료 기록 사본에 대한 허가: ☐ 서면 ☐ 전자 ☐ 기타: _____		
환자 정보		
환자 이름(이름, 미들네임, 성)(정자체 기입): _____		
생년월일(MM/DD/YYYY): _____		전화번호: _____
도로 주소: _____		
시: _____	주: _____	우편번호: _____
기록을 요청할 대상		
의료 서비스 제공자 또는 시설 이름: _____		
도로 주소: _____		
시: _____	주: _____	우편번호: _____
전화번호: _____		팩스: _____
기록을 받을 주소 (참고: 귀하가 허가한 정보만 공개할 수 있습니다)		
☐ 기록을 환자에게만 보내는 경우, 상자에 체크 표시하세요. 이 섹션의 나머지는 작성하지 않으셔도 됩니다.		
의료 서비스 제공자 또는 시설 이름: _____		
도로 주소: _____		
시: _____	주: _____	우편번호: _____
전화번호: _____	팩스: _____	이메일: _____
공개 목적		
☐ 지속적인 치료	☐ 보험	☐ 법률
☐ 개인 용도	☐ 기타(구체적으로 기재): _____	
계속		

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

건강 정보 사용 또는 공개에 대한 허가

정보를 모두 기재하지 않으면 허가가 무효가 될 수 있습니다.

공개할 정보

치료 날짜: _____

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ☐ 내역 및 실물 보고서 | ☐ 방사선 보고서 | ☐ 엑스레이 필름/이미지 CD |
| ☐ EKG/ECHO | ☐ 수술 보고서 | ☐ 실험실 보고서 |
| ☐ 퇴원 요약서 | ☐ 상담 보고서 | ☐ 응급실 기록 |
| ☐ 병리 보고서 | ☐ 비용 청구 기록 | |
| ☐ 기타(구체적으로 기재): _____ | | |
| ☐ 외래/진료소 기록 - 진료소/의료 서비스 제공자 이름: _____ | | |

주/연방 법률에 따라 다음 유형의 정보를 공개하려면 구체적인 허가가 필요합니다.

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 정신 건강 | ☐ 알코올/약물 남용 | ☐ HIV 검사 결과 |
| ☐ 일반 검사 정보 | ☐ 성매개질환 | ☐ 생식 건강 |
| ☐ 성별 확정 치료 | | |

본인은 본인의 생식 건강 기록이 주법에 따라 보호되며 규정(CA Civ. §56.110, CA Health & Safety Code § 130290, CA AB 352)에 달리 규정되어 있지 않은 한 서면 동의 없이 공개될 수 없다는 것을 이해합니다.

심리 치료 기록에는 별도의 허가가 필요합니다.

수수료

California Evidence Code Sections 1560-1567에 따라 의료 기록 사본에 수수료가 부과될 수 있습니다.

제공 지침

- ☐ 지정된 사람이나 조직에 기록을 직접 우편 발송
- ☐ 기록을 제공할 준비가 완료되면 요청자에게 전화:
본인은 (정자체 이름) _____ 에게 본인의 의료 기록 사본을 수령하는 것을 허가합니다.
환자와의 관계 (정자체 기재): _____
- ☐ My CS-Link™(환자 포털)
- ☐ 이메일: _____
- ☐ 기타: _____



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

건강 정보 사용 또는 공개에 대한 허가

정보를 모두 기재하지 않으면 허가가 무효가 될 수 있습니다.

권리 통지

본인은 다음 사항을 이해합니다.

1. 본 허가에 서명하지 않아도 본인이 받을 치료는 영향을 받지 않습니다.
2. 본인은 사용 또는 공개를 허가하도록 요청받은 건강 정보의 사본을 검토하거나 받을 수 있습니다.
3. 본인은 언제든지 본 허가의 취소 의사를 서면으로 작성하여 **직접 서명하거나 법적 대리인이 서명한 후 다음 주소로 송부할 수 있습니다.**
Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department
8700 Beverly Blvd., Room 2800
Los Angeles, CA 90048
4. 본 허가를 취소하더라도 취소 이전에 행해진 모든 조치에는 아무런 영향을 미치지 않습니다.
5. 본인은 본 허가의 사본을 수령할 권리가 있습니다.
6. 본 허가에 따라 공개되는 정보는 해당 정보를 받은 사람이 이를 재차 공개할 수 있는데 이러한 경우 그 정보는 더 이상 연방 기밀유지법(HIPAA)에 의해 보호받지 못할 수 있습니다. 그러나 California 주법은 본인이 해당 공개를 별도로 승인하거나 법률로 특별히 요구 또는 허용되지 않는 한 본인의 건강 정보를 받는 사람이 해당 정보를 추가로 공개하는 것을 금지합니다.
7. 확인란에 체크 표시하면 ☐ 요청자는 본인의 정보 사용 또는 공개에 대해 보상을 받게 됩니다.

만기

본인의 서면 철회 없이는 이 허가는 공개 필요성이 충족되면 자동으로 만료되지만, 달리 명시되지 않는 한 어떠한 경우에도 본 계약일로부터 180일 후에 만료됩니다.

서명(환자, 의료 서비스 대리권자 또는 법정 대리인)

날짜(MM/DD/YYYY)

법정 대리 관계