



\* 별표가 붙은 모든 항목은 필수 영역입니다.

\* 환자 이름 \_\_\_\_\_ 의료 기록 번호 \_\_\_\_\_  
 사회 보장 번호(선택 사항) \_\_\_\_\_ \* 환자 생년월일 \_\_\_\_\_  
 \* 시설 \_\_\_\_\_ \* 전화 연락처 \_\_\_\_\_  
 \* 서비스 날짜 \_\_\_\_\_  
 \* 환자 주소 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 번지수 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

\* 본인은 Inova Health System이 하기의 수신인에게 다음의 정보를 공개 또는 제공하도록 허가합니다.  
 전화번호(기록이 팩스로 전송되는 경우 필요) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 팩스번호 \_\_\_\_\_  의사  기타 \_\_\_\_\_  
 정보 수신 당사자 이름 또는 기관 명칭 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 번지수 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

**\* 공개/제공되는 정보:**

<input type="checkbox"/> 요금 청구 정보	<u>의료 기록 개요:</u>	<u>기타 기록지:</u>
<input type="checkbox"/> 전체 의료 기록	<input type="checkbox"/> 상담	<input type="checkbox"/> 의사 지시서
입원날짜/요구되는 치료: _____	<input type="checkbox"/> 퇴원 요약서	<input type="checkbox"/> 치료 계획
<input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> EKG/EEG	<input type="checkbox"/> 경과 기록지
	<input type="checkbox"/> 응급실 기록	<input type="checkbox"/> 정신과 입원 기록
	<input type="checkbox"/> 기본 정보 표지	<input type="checkbox"/> 정신 상태 진단
		<input type="checkbox"/> 방사선 필름/CD
		<input type="checkbox"/> 기타 _____

<p><b>* 목적:</b></p> <input type="checkbox"/> 후속 진료 <input type="checkbox"/> 변호인 <input type="checkbox"/> 개인적 사용 <input type="checkbox"/> 신체장애 <input type="checkbox"/> 보험 <input type="checkbox"/> 기타 _____	<p><b>* 기록 양도:</b></p> <input type="checkbox"/> 기록 자료 우편 발송 <input type="checkbox"/> 본인 기록 자료 검토 (검토를 위해 예약할 것) <input type="checkbox"/> 상기의 번호로 팩스 <input type="checkbox"/> 본인이 직접 자료 수령	<p><b>비용:</b></p> 1-50페이지:                      페이지 당 \$0.50 51페이지 이상:                      페이지 당 \$0.25 마이크로필름/마이크로피시:      페이지 당 \$1.00 CD 또는 썸드라이브:                  추가 비용 \$5.00 방사선 영상 CD:                      CD 당 \$10.00 우편 요금:                                  필요 시 추가
--	---	--

본인은 본인에 관한 정보를 받는 당사자 또는 기관이 HIPAA 사생활 규제의 적용을 받는 의료 제공자 또는 건강 보험이 아닌 경우, 상기에 기술된 정보가 재공개되거나 더 이상 이러한 규제로 보호되지 않음을 이해합니다.

본인은 이러한 허가 취소에 서면 통지서가 필요하며 이 서식의 상단에 나와 있는 부서 앞으로 우송될 수 있음을 이해합니다.  
 본인은 이러한 허가 관련해 이미 공개된 내용에 대해서는 본인의 취소가 유효하지 않을 것임을 알고 있습니다.

본인은 Inova Health system이 이러한 허가에 서명하는 본인의 결정을 근거로 조건적인 치료하지 않음을 이해합니다.

**본인은 이러한 공개 정보에 약물 남용, 알코올 중독, 알코올 남용, 정신 질환, 후천성 면역 결핍증(AIDS) 또는 연방 법률의 규제를 받는 HIV 감염(42 CFR Part 2)에 관한 사항이 포함될 수 있음을 이해합니다.**

\_\_\_\_\_  
 \* 환자 또는 허가받은 대리인 서명 (Signature of Patient or Authorized Representative)

\_\_\_\_\_  
 \* 날짜/시간 (Date/Time) (허가는 서명일 6개월 이후 만료됨)

\_\_\_\_\_  
 \* 환자 또는 허가받은 대리인 이름을 정자체로 기재 (Print Name of Patient or Authorized Representative)

\_\_\_\_\_  
 \* 환자와의 관계 (Relationship to Patient)

PATIENT IDENTIFICATION

**Inova Health System**  
 개인 의료 정보 공개/제공에 대한 허가  
**Authorization to Release/Disclose**  
**Protected Health Information - Korean**

