



NH8010

NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish - Korean

Patient Name (print first and last name): _____ **Date of Birth:** _____
 환자 이름(이름과 성 정자체) 생년월일
Previous Name, if applicable: _____ **Preferred Phone #:** _____
 이전 이름(해당되는 경우) 연락용 전화번호
Street Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 도로명 주소 도시 주 (우)

1. WHO CAN RELEASE MY HEALTH INFORMATION: / 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있는 의료 시설:
 I hereby authorize the facilities listed below* to disclose my health information to the person/entities listed in Section 2 (check one or more): / 본인은 이로서 아래 표시된 다음 시설이 본인의 건강 정보를 2번 항에 명시된 사람/단체에게 공개할 수 있도록 승인합니다. (하나 또는 그 이상에 체크 표시하십시오):

NORTHSIDE AFFILIATED FACILITIES / NORTHSIDE 계열 시설:

- Northside Hospital Atlanta
- Northside Hospital Cherokee
- Northside Hospital Duluth
- Northside Hospital Behavioral Health Services
- Northside Affiliated Facility/Practice (specify name) / Northside 계열 시설/진료소(구체적인 명칭 기재): _____
- Northside Hospital Forsyth
- Northside Hospital Gwinnett
- All Northside Hospitals (does not include Behavioral Health) / 모든 Northside 병원(행동 건강 시설은 포함되지 않음)

*I understand that my medical record may also include health information from other healthcare providers involved in my care / 본인은 본인의 치료에 참여하는 다른 의료 제공자가 제공한 건강 정보가 본인의 의무 기록에 포함될 수 있음을 이해합니다.

OTHER FACILITY - Not affiliated with Northside (Specify name, address and phone number of facility) / 기타 시설 - Northside와 연관되지 않은 시설(시설의 명칭, 주소 및 전화번호를 기재하십시오): _____

2. WHO CAN RECEIVE MY HEALTH INFORMATION / 귀하의 건강 정보를 제공받을 수 있는 사람 또는 시설:
 I authorize the person or facility listed below to receive the health information described in Section 3 / 아래 표시된 시설 또는 사람이 3번 항에 명시된 건강 정보를 제공받을 수 있도록 승인합니다.
Name of Person or Facility / 사람 이름 또는 시설 명칭: _____
Street Address / 도로명 주소: _____ **City / 도시:** _____
State / 주: _____ **Zip / (우):** _____
Telephone / 전화번호: _____ **FAX / 팩스:** _____

3. WHAT HEALTH INFORMATION CAN BE DISCLOSED / 공개 가능한 건강 정보:
DATES OF SERVICE / 의뢰서비스 날짜: **From / 시작 날짜:** _____ **To / 종료 날짜:** _____

Please check one option below / 아래 선택사항 중 하나에 체크 표시해 주십시오	Please specify below if the following records are also needed / 다음 기록이 또한 필요한 경우 체크 표시해 주십시오
<input type="checkbox"/> Complete medical record / 전체 의무 기록	<input type="checkbox"/> Billing Records / 청구 기록
<input type="checkbox"/> Abstract/Continuity of Care Summary / 기록 요약/진료연속성 요약	<input type="checkbox"/> Radiology Images / 방사선과 영상
<input type="checkbox"/> Partial medical record (Please specify requested records by checking below) / 일부 의무 기록 (요청하는 기록을 아래에 체크 표시해 주십시오) <input type="checkbox"/> Physician Office Notes / 의사 진료실 노트 <input type="checkbox"/> Consultations / 상담 <input type="checkbox"/> Operative/Procedure Reports / 수술/시술 보고서 <input type="checkbox"/> Lab Results / 실험실 결과 <input type="checkbox"/> Emergency Room Dept. Reports / 응급실 보고서 <input type="checkbox"/> Progress Notes / 경과 기록 노트 <input type="checkbox"/> Other / 기타: _____ <input type="checkbox"/> History & Physical / 병력 및 신체검사 <input type="checkbox"/> Discharge Summary / 퇴원 요약 <input type="checkbox"/> Cardiology/EKG Reports / 심장과/EKG 보고서 <input type="checkbox"/> Radiology Reports / 방사선과 보고서 <input type="checkbox"/> Radiology Images / 방사선과 영상 <input type="checkbox"/> Pathology Reports / 병리학과 보고서	

4. HOW INFORMATION SHOULD BE RELEASED / 정보 공개 방식:
 Pick up by / 픽업(수령)하는 사람 patient or / 환자 또는 name of person picking up / 픽업하는 사람의 이름: _____
 US Mail via the address listed in Section 2 / 2번 항에 명시된 주소로 미국 우편 서비스.
 Email to email address / 다음 이메일 주소로 이메일 발송: _____
 Fax to my healthcare provider (listed in Section 2) for continuity of care requests / 진료연속성 요청을 위해 (2번 항에 명시된) 본인의 의료 제공자에게 팩스 전송.
Need records certified / 기록 인증 필요: YES / 예 NO / 아니요

5. THE REASON I WANT TO DISCLOSE MY HEALTH INFORMATION / 본인이 본인의 건강 정보 공개를 원하는 이유:
 Personal Use / 개인 용도 Attorney / Legal / 변호사 / 법률 Continuity of Care (Medical Treatment) / 진료연속성(의료 치료)
 Insurance / 보험 Disability / 장애 Other (describe) / 기타(구체적으로 명시): _____

의무 기록 및 정보 공개 승인서

KOREAN TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION

KOREAN TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION

- HOW LONG IS THIS AUTHORIZATION VALID? / 이 승인은 얼마 동안 유효한가요? This authorization will expire 6 months from the date it is signed unless I write another date here / 이 승인은 서명 날짜로부터 6개월 후에 만료됩니다. 다른 기간을 원하시면 만료될 날짜를 아래 기재하십시오.** _____
- HOW DO I REVOKE THIS AUTHORIZATION? / 이 승인을 어떻게 철회하나요? 본인은 언제든지 이 승인서를 서면으로 철회할 권리가 있음을 이해합니다. 단, 이 승인서에 근거하여 이미 조치가 취해진 경우는 예외입니다. 본인이 Northside에 의한 기록 공개를 승인하는 경우, 이 승인은 해당 부서 (Health Information Services Department of Northside Hospital)에 우편 주소(1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342)로 서면 요청서를 제출하여 철회할 수 있습니다. 본인이 Northside 소속이 아닌 사람 또는 시설이 기록을 공개하도록 승인하는 경우, 해당 개인이나 시설에 본인이 연락하여 적절한 안내를 받아야 합니다.**
- WHAT ARE THE FEES FOR RELEASING RECORDS? / 기록 공개에 대한 수수료가 있나요? 연방 및 주 법에 따라, 환자 기록의 복사 및 제공에 대해 합리적이고 원가에 기반한 수수료를 부과할 수 있습니다. 본인의 요청에 수수료가 부과되는 경우, 본인은 해당 수수료를 지불할 책임이 있습니다.**
- WILL MY RECORDS REMAIN CONFIDENTIAL AFTER DISCLOSURE? / 공개 후 제 기록이 비밀로 유지되나요? 본 승인서에 의거하여 공개된 의무 기록 및 정보는 수신자에 의해 추가로 공개될 수 있으며, 더 이상 연방 개인정보 보호법 및 규정의 보호 대상이 아닙니다. 전자 형태의 본인 건강 정보가 암호화되거나 비밀번호로 보호되지 않을 수 있습니다. 본인은 데이터 보호를 위해 필요한 예방책을 강구하고 안전한 방식으로 데이터를 저장할 책임이 있습니다. 본인은 이로써 Northside 시설이 보유한 의무 기록 및 정보의 공개, 수령 및/또는 재공개에 따라 유발될 수 있는 모든 책무, 책임, 손해 및 청구로부터 Northside와 그 대리인 및 직원을 면제합니다.**
- CAN I REFUSE TO AUTHORIZE DISCLOSURE? / 공개 승인을 거부할 수 있나요? 상기 정보의 사용 또는 공개 승인은 자발적이며, Northside 또는 담당 의료 제공자는 이 승인서 서명을 조건으로 하여 치료에 영향을 미칠 수 없습니다. 단, 제한적인 상황에서 (1) 연구 관련 치료를 위해 해당 조건부가 허용되는 경우, 또는 (2) 제3자 공개를 위한 건강 정보 생성이 치료의 유일한 목적인 경우(예: 종업원 상해보험 검진)는 예외입니다.**
- WAIVER / 권리 포기: 본인이 요청한 건강 정보 공개에 정신 건강, 물질 남용, 감염병의 검사/치료(HIV/AIDS 비밀 정보, 성병, 결핵 또는 간염을 포함하되 이에 국한되지 않음) 또는 유전학 검사와 관련된 정보가 포함되어 있는 경우, 본인은 Northside 또는 담당 의료 제공자가 해당 민감한 건강 정보를 공개하는 데 동의하며, 2번 항에 명시된 사람 또는 시설에게 정보를 공개하는 목적을 위해 해당 정보와 관련된 일체의 특권을 포기합니다. 본인이 미성년 자녀를 대신하여 이 승인서에 서명하는 생모인 경우, 미성년 자녀의 기록에 정신 건강, 물질 남용, 감염병의 검사/치료(HIV/AIDS 비밀 정보, 성병, 결핵 또는 간염을 포함하되 이에 국한되지 않음) 또는 유전학 검사와 관련된 본인의 민감한 건강 정보가 포함될 수 있음을 인정하며, 본인은 본인의 민감한 건강 정보가 본인의 미성년 자녀의 기록에 공개되는 데 동의하며, 2번 항에 명시된 사람 또는 시설에게 정보를 공개하는 목적을 위해 해당 정보와 관련된 일체의 특권을 포기합니다.**

참고: 이 양식의 전체를 읽고, 아래 모든 해당되는 항목을 작성하십시오. 이 승인서에 서명함으로써 귀하는 (i) 본인이 환자임, 또는 (ii) 환자의 의무 기록에 접근할 수 있는 법적 권한이 있음을 확인적으로 증명합니다. 추가 증빙 서류를 제공하도록 요청받을 수 있습니다.

Signature of Patient or Legal Representative

환자 또는 법정 대리인 서명

Date/Time

날짜/시간

Relationship to Patient If Not the Patient

환자 본인이 아닌 경우 환자와의 관계

Reason Patient Unable to Sign

환자가 서명할 수 없는 이유

Interpreter's Signature

통역사 서명

Date/Time

날짜/시간

Note: If remote interpretation used (phone/iPad), record interpreter name and ID#

참고: 원격 통역을 사용하는 경우(휴대폰/아이패드), 통역사 이름, ID 번호 기록

Interpreter Comments (optional) / 통역사 의견(선택사항): _____

NOTICE TO PARTY RECEIVING SUBSTANCE ABUSE RECORDS: 42 CFR Part 2 prohibits unauthorized use or disclosure of these records. records. / 물질 남용 관련 기록을 수령하는 당사자를 위한 공지사항: 42 CFR 파트 2에 의거하여 해당 기록의 승인받지 않은 사용 또는 공개를 금지합니다.

Please return completed form via email to roirequest@northside.com or via fax to 404-250-8248 / 작성된 양식을 이메일 주소(roirequest@northside.com) 또는 팩스 번호(404-250-8248)로 보내십시오