



1225 Wilshire Blvd.  
Los Angeles, CA 90017  
P: 213.977.2121  
TDD: 213.977.2580

**AUTHORIZATION FOR USE  
OR DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION**



ACT: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ RM: \_\_\_\_\_  
ADM: \_\_\_\_\_

**건강 정보의 사용 또는 공개 승인**

이 문서를 작성하면 귀하에 대한 건강 정보의 공개 및 사용이 승인됩니다. 요청한 모든 정보를 제공하지 않으면 이 승인이 무효화될 수 있습니다.

**환자 식별(필수)**

환자 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

주택 전화번호 \_\_\_\_\_ 휴대폰 번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

**건강 정보의 사용 및 공개**

본인은 다음을 승인합니다:

- PIH Health Whittier Hospital 562.906.5695  PIH Health Downey Hospital 562.904.5166  
 PIH Health Good Samaritan Hospital 213.977.2121 내선 8127  
 PIH Health Physicians 562.698.0811 내선 13698 (또는 특정 의사/클리닉) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

기록을 **공개할** 기타 의료 시설

기록을 \_\_\_\_\_

**받기 위해** 본인 또는 의료 시설/개인/조직에 공개

주소 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_ 팩스번호 \_\_\_\_\_

다음 정보:

**이 섹션에서 한 항목만 선택하십시오(A, B 또는 C)**

A.  관련 정보(퇴원 요약, 병력 및 신체 정보, 상담, ER 보고서, 실험실, 방사선 보고서, EKGs, 병리 보고서)

B.  다른 의료 제공자로부터 받은 기록을 포함하여 본인의 병력, 정신적 또는 신체적 상태 및 치료와 관련된 모든 건강 정보(합당한 사무 및 재생산 처리 비용이 적용됨)

C.  다음 기록 또는 건강 정보 유형만:

- |  |                                  |                                      |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 응급/긴급 치료 의사 보고서 | <input type="checkbox"/> 상담 보고서  | <input type="checkbox"/> 병력 및 신체 보고서 |
| <input type="checkbox"/> 퇴원 요약 보고서       | <input type="checkbox"/> 실험실 보고서 | <input type="checkbox"/> 수술 보고서      |
| <input type="checkbox"/> 마취 기록           | <input type="checkbox"/> 방사선 보고서 | <input type="checkbox"/> 병리 보고서      |
| <input type="checkbox"/> 병리 슬라이드         | <input type="checkbox"/> 예방접종 기록 | <input type="checkbox"/> 방사선 필름/영상   |
| <input type="checkbox"/> 신생아 기록          |                                  | <input type="checkbox"/> 치료 기록       |
| <input type="checkbox"/> 기타 _____        |                                  |                                      |

위에서 선택한 정보에 대한 날짜 또는 기간을 지정하십시오:

시작(날짜) \_\_\_\_\_ 종료(날짜) \_\_\_\_\_

D.  본인은 다음 정보의 공개를 명시적으로 승인합니다:

|                                      |            |                                       |
|--------------------------------------|------------|---------------------------------------|
| <u>해당 항목 선택</u>                      | <u>이니셜</u> | <u>이니셜</u>                            |
| <input type="checkbox"/> 정신 건강 치료 정보 | _____      | <input type="checkbox"/> 알코올/약물 치료 정보 |
| <input type="checkbox"/> HIV 검사 결과   | _____      | <input type="checkbox"/> 근로자 보상       |

본인의 기록을 제공하십시오(가능한 경우)  CD  포털



1225 Wilshire Blvd.  
Los Angeles, CA 90017  
P: 213.977.2121  
TDD: 213.977.2580

**AUTHORIZATION FOR USE  
OR DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION**



ACT: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ RM: \_\_\_\_\_  
ADM: \_\_\_\_\_

**건강 정보의 사용 또는 공개 승인**

**목적**

요청한 사용 또는 공개의 목적

환자 요청      또는       기타(이유 기재) \_\_\_\_\_  
제한 사항(있는 경우) \_\_\_\_\_

**만료**

이 승인은 (날짜)에 만료됩니다. \_\_\_\_\_

(날짜는 이 승인 날짜로부터 1년을 초과할 수 없음)

**본인의 권리**

- 본인은 이 승인서에 서명하는 것을 거부할 수 있습니다. 본인의 거부는 치료를 받을 권리, 지급 또는 수혜 자격에 영향을 주지 않습니다.
- 본인은 사용 또는 공개를 허용하도록 요청받은 건강 정보의 사본을 검토하거나 얻을 수 있습니다.
- 본인은 언제든지 이 승인을 취소할 수 있지만 반드시 서면으로 취소하고 다음 주소 또는 팩스로 제출해야 합니다:

PIH Health Whittier Hospital HIM Department  
12401 Washington Blvd, Whittier, CA 90602

Fax: 562.967.2908

PIH Health Downey Hospital HIM Department  
11500 Brookshire Ave, Downey, CA 90241

Fax: 562.967.2948

PIH Health Good Samaritan Hospital HIM Department  
1225 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA 90017

Fax: 213.202.7265

PIH Health Physicians HIM Department  
12401 Washington Blvd, Whittier, CA 90602

Fax: 562.967.2938

다른 사람이 이 승인에 따라 행동한 경우를 제외하고 본인의 취소는 수령 즉시 효력을 발생합니다.

이 승인에 따라 공개된 정보는 수령인이 재공개할 수 있습니다. 이러한 재공개는 경우에 따라 캘리포니아 법에 의해 금지되지 않으며 더 이상 연방기밀보호법(HIPAA)에 의해 보호되지 않을 수 있습니다. 그러나 캘리포니아 법은 그러한 공개에 대해 본인으로부터 다른 승인을 얻지 않거나 그러한 공개가 법에 의해 특별히 요구되거나 허용되지 않는 한 본인의 건강 정보를 받는 사람이 추가 공개를 하는 것을 금지합니다.

이 승인서의 사본은 원본과 동일합니다. 아래 서명자는 이 승인서의 사본을 받을 권리가 있습니다.

환자 본인이 아닌 경우 관계를 기입하세요 \_\_\_\_\_

이름 (정자 기입) (법적 대리인) \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_ 시간 \_\_\_\_\_ AM/PM  
*환자/법적 대리인*

Identification Verified by HIM Representative \_\_\_\_\_ (initials)