



NH8010

**NORTHSIDE HOSPITAL, INC.**

English - Spanish - Korean

AFFIX PATIENT LABELS OVER THIS BOX

BAR CODE MUST FALL BETWEEN THESE LINES

환자의 이름: \_\_\_\_\_  
 환자의 생년월일: \_\_\_\_\_  
 전화번호: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_

본인은 이로서 아래의 지시와 같이 다음 시설(들)에서 제공된 본인의 건강 정보를 공개할 권한을 **Northside**에게 승인합니다.

- Northside Hospital-Atlanta     Northside Hospital-Forsyth     Northside Hospital-Cherokee     Northside Hospital Behavioral Health Services  
 Northside Hospital-Gwinnett     Northside Hospital-Duluth     모든 병원 캠퍼스     기타: \_\_\_\_\_

본인은 경우에 따라 본인의 의료 기록에 Northside Hospital, Inc.가 소유하거나 운영하는 다른 의료 시설에서 제공된 본인의 건강 정보가 포함될 수 있음을 이해합니다.

이로서 위에서 확인된 Northside Hospital 사무실은 다음과 같은 행위를 하도록 승인됩니다(해당하는 상자에 표시하십시오).

- 다음 사람 또는 단체 또는 사람이나 단체의 집합에게 공개함 또는  그들로부터 수령함(이름이나 일반적인 설명으로 신원을 확인하고, 알고 있는 경우 주소를 제공하십시오): \_\_\_\_\_

환자에 관한 다음과 같은 보호되는 건강 정보 (해당하는 상자에 표시하십시오):  완전한 의료 기록

- 의료 기록의 요약(의사 수술 기록 및 진단 기록)     검사실만 해당     방사선실만 해당     EKG만 해당

- 지급 청구서 기록     기타(명확하게 명시하십시오): \_\_\_\_\_

다음 날짜의 서비스에 대해: 시작일: \_\_\_\_\_ 종료일: \_\_\_\_\_

형식:  종이  전자    기록 인증 필요:  예  아니요

귀하가 달리 진술하지 않는 한, 아래에 달리 언급된 경우를 제외하고, 이 승인은 종이 및 전자 기록, X-레이 필름, 기타 문서를 포함하여 모든 의료 기록 및 정보의 공개 및 발표를 포함합니다. 이 승인은, Northside Hospital 행동 건강 회복 프로그램(Behavioral Health Recovery Program)에서 약물 남용에 대해 치료받은 환자를 제외하고, 약물 및 알코올을 포함한 약물 남용에 대한 치료 또는 의뢰에 관한 모든 정보의 공개를 포함합니다. (추가 정보에 대해서는 2페이지 참조). 예를 들어, 유방암 유전자와 같은 유전자 검사를 받은 경우에는 일반적으로 별도의 동의 양식이 필요합니다.

귀하가 아래의 상자 한 개 또는 두 개 모두에 표시함으로써 달리 진술하지 않는 한, 이 승인은 (i) "HIV/AIDS 기밀 정보" 및/또는 (ii) 환자와 정신 의료 제공자 간에 전달된 기밀 정신 건강 통신을 포함한 기록 및 정보의 공개와 발표를 포함하며, 귀하는 달리 적용될 수 있는 발표로부터의 보호를 확정적으로 포기합니다. 조지아 법에서 정의된 HIV/AIDS 기밀 정보에는 검사가 음성이라도 환자가 HIV 검사를 받은 사실 또는 HIV에 대해 상담을 받은 사실이 포함됩니다. 참조: 법에 의해 달리 허용되지 않는 한, 환자 본인 또는 법적 보호자, 의료 대리인 또는 미성년자의 부모를 포함하여 생존 환자의 의료 결정을 내리도록 법적으로 승인된 사람만이 "HIV/AIDS 기밀 정보" 및/또는 기밀 정신 건강 통신의 공개를 승인할 수 있습니다.

- 본인은 "HIV/AIDS 기밀 정보"의 공개에 반대합니다.  
 본인은 조지아 법에 따른 모든 기밀 정신 건강 통신의 공개에 반대합니다.

요청된 공개의 목적은 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

본인은 이 승인에 서명하는 것을 거부하더라도 Northside Hospital에서 환자인 본인의 치료는 영향을 받지 않음을 이해합니다. 또한 승인에 따라 이미 조치가 취해졌거나, 보험 보장을 받기 위한 조건으로 승인이 제공된 경우를 제외하고, 본인은 언제든지 서면으로 이 승인을 취소할 수 있는 권리를 이해합니다. 참조: Northside Hospital의 건강 정보 서비스부(Health Information Services Department, 주소: 1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342)에 서면 요청을 제출할 경우, 이 승인을 철회할 수 있습니다.

보호되는 건강 정보의 공개에 대한 이 승인은 다음 날짜 중 빠른 날짜까지 유효합니다.

- (a) \_\_\_\_\_ (귀하는 이 공란에 특정 만료일이나 소송 종결과 같은 사건을 포함할 수 있습니다),  
 (b) 본인이 서면으로 이 승인을 취소한 날, 또는 (c) 본인이 이 승인에 서명한 날로부터 삼(3)년. 만약 본인이 미성년자를 대신해 이 승인에 서명한 경우, 해당 미성년자가 18세가 되거나, 결혼하거나, 조지아 법에 따라 독립하는 경우, 이 승인은 만료됩니다.

참조: 이 양식의 양면을 읽고, 아래의 모든 해당 줄에 기입하고, 서명하고, 날짜 및 시간을 적으십시오. 이 승인에 서명할 경우, 귀하는 (i) 환자 본인이거나, 또는 (ii) 환자가 살아 있고 귀하는 의료 기록의 공개를 포함하여 환자의 의료 결정을 내리도록 법적으로 승인되었음을 확정적으로 단언합니다.

환자 또는 법적으로 승인된 대리인의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜/시간 \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_  
 통역사(해당하는 경우) \_\_\_\_\_ 날짜/시간 \_\_\_\_\_  
 직원 참조: 전화 통역이 제공된 경우, 회사명과 통역사 ID 번호를 기록하십시오.    환자가 직접 서명할 수 없는 이유: \_\_\_\_\_

의료 기록 및 정보의 공개 승인

**KOREAN TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION**

## KOREAN TRANSLATION: AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION

본인은 이 승인에 서명하는 것을 거부하더라도 Northside Hospital에서 환자(본인 또는 위에 이름이 기재된 환자)의 치료는 영향을 받지 않음을 이해합니다. 또한 승인에 따라 이미 조치가 취해졌거나, 보험 보장을 받기 위한 조건으로 승인이 제공된 경우를 제외하고, 본인은 언제든지 서면으로 이 승인을 취소할 수 있는 권리를 이해합니다.

참조: Northside Hospital의 건강 정보 서비스부(Health Information Services Department, 주소: 1000 Johnson Ferry Road, Atlanta, Georgia, 30342)에 서면 요청을 제출할 경우, 이 승인을 철회할 수 있습니다.

참조: 정신 치료 기록의 공개를 승인하려면, 추가로 정신 치료 기록의 공개 승인(Authorization for Release of Psychotherapy Notes) 양식을 작성하셔야 합니다. Northside Hospital 행동 건강 회복 프로그램(Behavioral Health Recovery Program)의 환자 기록 공개를 승인하려면, 추가로 알코올 및 약물 남용 환자 기록의 공개 승인(Authorization for Release of Alcohol and Drug Abuse Patient Records) 양식을 작성하셔야 합니다. 본인은 이 승인에 따라 어떠한 형태 및/또는 수단(전자 전송, 종이 사본, CD, 필름 및 플래시 드라이브를 포함하며 이에 한정되지 않음)으로 공개된 의료 기록 및 정보는 수신자에 의해 제공될 수 있으며, 더 이상 연방 개인정보 보호법과 규정에 따른 보호 대상이 되지 않을 가능성이 있음을 이해합니다. 본인은 또한 제공받은 건강 정보의 전자 형식이 암호화되거나 비밀번호로 보호되지 않을 수도 있으며 안전한 방식으로 이를 보호하고 저장할 책임이 본인에게 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 건강 정보를 전자적으로 제공하도록 선택함으로써 그로 인한 위험을 인지하고 감수합니다. 이로써 본인은 위에서 승인한 의료 기록 및 정보의 공개, 수신 및/또는 재공개로 인해 발생할 수 있는 모든 의무, 책임 손해 및 청구에 대해 Northside Hospital, Inc. 및 그 대리인과 직원을 면제합니다.

### 수신 기관 또는 수신인에 대한 통지

위에서 승인된 정보의 공개 또는 수령은 정보에 관한 비밀유지의 특권 또는 권리를 제거하지 않으며, 정보의 재공개를 승인하지 않습니다. 공개된 정보가 연방 비밀유지 규칙(42 C.F.R. 파트 2)에 의해 보호되는 약물 남용에 대한 치료나 의뢰와 관련된 경우, 다음 통지도 적용됩니다.

이 정보는 연방 비밀유지 규칙(42 C.F.R. 파트 2)에 의해 보호되는 기록으로부터 귀하에게 공개되었습니다. 추가 공개가 이 정보와 관련된 당사자의 서면 동의에 의해 명시적으로 허용되거나 또는 42 C.F.R. 파트 2에 의해 달리 허용된 경우를 제외하고, 연방 규칙은 귀하에 의한 이 정보의 추가 공개를 금지합니다. 의료 또는 기타 정보의 공개에 대한 일반 승인은 이 목적에 충분하지 않습니다. 연방 규칙은 알코올이나 약물 남용 환자를 형사상 조사하거나 기소하기 위한 목적으로 정보를 사용하는 것을 금지합니다.