

보호건강정보(PHI) 공개 동의서

본 양식에 서명하기 전에 전체 내용을 읽어보시고,
보호건강정보 공개와 관련된 결정사항에 해당하는
모든 항목을 작성해 주십시오.

환자 또는 개인의 이름

성 이름 중간 이름
 사용한 다른 이름(들) _____
 생년월일 월 _____ 일 _____ 년 _____
 주소 _____
 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
 전화번호 _____ 다른 연락처 _____
 이메일 주소 (선택 사항): _____

본인은 Gastro Health 및 그 자회사 및 계열사가 아래의 보호건강정보를 공개하는 정보 공개 사유:
것을 허용합니다:

개인/기관명 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (_____) _____ 팩스 (_____) _____

누가 이 건강정보를 수령하고 사용할 수 있습니까? 배우자, 성인 자녀, 형제/자매 또는
기타(예: 의사, 변호사, 생명보험회사, 고용주 등)에게 귀하의 보호건강정보를
공개해도 됩니까? 허용하는 경우, 해당하는 사람 또는 기관의 이름, 연락처, 관계를
기입해 주십시오.

개인/기관명 _____

관계 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (_____) _____ 팩스 (_____) _____

개인/기관명 _____

관계 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (_____) _____ 팩스 (_____) _____

개인/기관명 _____

- 치료/지속적인 의료 서비스
- 개인적 사용
- 청구 또는 보험 청구
- 보험
- 법적 목적
- 장애 판정
- 학교
- 고용
- 기타 _____

관계 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (_____) _____ 팩스 (_____) _____

개인/기관명 _____

관계 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

전화번호 (_____) _____ 팩스 (_____) _____

어떤 정보가 공개될 수 있습니까? 공개를 원하는 항목에 표시하여 다음을 작성하십시오. 일부 항목의 공개에는 미성년 환자의 서명이 필요합니다. 모든 건강정보를 공개하려는 경우 첫 번째 항목만 체크하십시오.

모든 건강정보

의사 지시

경과 기록

청구 정보

병력/신체검사

알레르기 정보

퇴원 요약

영상의학 보고서

현재/과거 복용 약물

수술 기록

진단 검사 보고서

영상 자료

검사 결과

진료 자문 기록

병리 보고서

기타 _____

아래 정보 공개를 위해서는 귀하의 이니셜이 필요합니다:

_____ 정신건강 기록 (심리치료 기록 제외) _____ 유전 정보 (유전자 검사 결과 포함)

_____ 약물, 알코올 또는 물질 남용 기록 (Part 2 제외) _____ HIV/AIDS 검사 결과/치료 정보

이 위치에 이니셜을 기입하는 것은 위에 설명된 보호건강정보 공개에 대한 구체적 동의를 의미합니다. 귀하는 해당 정보가 일단 공개되면 보호 상태를 상실할 수 있으며 재공개의 대상이 될 수 있음을 인정합니다.

_____ 당사는 치료 계획 도구에 사용되는 AI 알고리즘을 학습·검증·모니터링·개선하기 위해 귀하의 보호건강정보(PHI)에서 파생된 비식별 데이터를 사용할 수 있습니다. 이러한 모든 사용은 관련 개인정보보호 및 보안법을 준수하며, 귀하의 승인 없이는 식별 가능한 정보가 사용되지 않습니다.

사본 수령 권리 - 본인 또는 법적 대리인은 본 동의서의 사본을 받을 권리가 있습니다.

유효 기간: 본 동의서는 다음 중 먼저 발생하는 시점까지 유효합니다: 개인의 사망, 성년 도달, 동의 철회, 또는 아래 특정 날짜 (선택 사항):

월 _____ 일 _____ 년 _____

철회 권리: 본인은 “누가 건강정보를 받을 수 있는가?” 항목에 기재된 사람 또는 기관에 본 동의를 철회한다는 서면 통지를 제공함으로써 언제든지 본 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 동의를 기반으로 이미 수행된 조치는 철회 여부와 관계없이 영향을 받지 않음을 이해합니다. 본 동의를 철회하려면 아래 주소로 서면 요청을 보내야 합니다: **GASTRO HEALTH LLC, 9500 S. Dadeland Blvd., Suite 200, Miami, FL 33256, ATTN: Privacy Officer.** 본인은 철회가 본 동의를 기반으로 이미 공개된 정보 또는 법에 따라 보험사가 보험금 청구를 검토할 권리를 갖는 경우 해당 보험사에 제공된 정보에는 적용되지 않음을 이해합니다.

서명 동의: 본인은 이 양식을 읽었으며, 기재된 정보 사용 및 공개에 동의합니다. 본인은 본 양식에 서명하지 않더라도, 철회 이전에 이루어진 정보 공개 또는 법률(45 C.F.R. § 164.502(a)(1) 등)에 따라 개별 동의 없이 허용되는 정보 공개는 중단되지 않음을 이해합니다. 본인은 본 동의에 따라 공개된 정보가 수령자에 의해 재공개될 수 있으며, 연방법 또는 주법에 따른 보호를 더 이상 받지 못할 수 있음을 이해합니다.

서명 X _____

본인 또는 법적 대리인 서명

날짜

법적 대리인 이름 (해당되는 경우): _____

대리인일 경우, 본인과의 관계: 미성년자의 부모 법적 보호자 기타 _____

대리권을 증명하는 서류 제출을 요구할 수 있습니다.

서명 X _____

미성년자 본인 서명

날짜

전달 방식 선택: 우편 이메일 수령 날짜: _____

요청하는 형식: 종이 문서 전자 매체 CD (영상 자료용만)

기록은 수령일 10 일 후 자동으로 우편 발송됩니다. (이니셜) _____

이메일 또는 전자 매체 암호화 거부:

암호화되지 않은 전자 매체 요청 암호화되지 않은 이메일 요청

기록을 전자 매체 또는 이메일로 전달하도록 요청하는 경우, 전달은 반드시 안전한 암호화 방식으로 이루어집니다. 귀하가 안전한 전달 방식을 거부하고 암호화되지 않은 방식의 기록 전달을 선택하는 경우, 이는 암호화되지 않은 전달과 관련된 위험을 인지하고 이를 감수하겠다는 의미이며, 이에 따라 현 시점 및 미래의 모든 관련 청구에 대해 Gastro Health, LLC 및 그 모회사, 자회사, 계열사, 임원, 책임자, 직원 및 대리인(통칭 “면책 당사자”)에 대한 책임을 포기·면제하는 것으로 간주됩니다.

수수료 안내: HIPAA 규정에 따라, Gastro Health 는 귀하가 요청한 기록 사본 제공에 대해 합리적인 비용 기반 수수료를 부과할 수 있으며, 이는 기록 복사에 필요한 인력 비용(검색 및 조회 비용 제외), 종이 또는 전자 매체에 기록을 복사하는 데 필요한 용품 비용, 우편 비용, 그리고 실제 기록 대신 요약본 제공에 동의한 경우 요약본 준비 비용을 포함할 수 있습니다. 전자 기록을 요청한 경우, 해당 기록이 제공 가능한 경우 우편 및 용품 비용을 포함한 일괄 요금 \$6.50 이 적용될 수 있습니다. 환자 본인 또는 법적 대리인이 아닌 제 3 자가 기록을 요청하는 경우, 해당 기록이 위치한 주에서 규정한 수수료가 적용될 수 있습니다.

사본 비용에 대한 안내를 받았음을 확인합니다 (이니셜 기입) _____