



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

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

