



PATIENT HIPAA CONSENT FORM

건강보험 이전 및 책임에 관한 법률

HIPAA Privacy Rule 은 각 개인에게 본인의 의료 정보에 대한 권리를 부여하고, 개인의 의료 정보를 열람하거나 받을 수 있는 사람에 대한 규칙과 한계를 정하는 연방 법률입니다. Privacy Rule은 전자, 서면 또는 구두 등 그 형태에 관계없이 모든 개인의 보호 대상 의료 정보에 적용됩니다.

I understand that as part of my healthcare, this organization originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and any plans for future care or treatment. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and I, understand that this information serves as:

- a basis for planning my care and treatment
- a means of communication among the many health professionals who contribute to my care
- a source of information for applying my diagnosis and surgical information to my bill
- a means by which a third-party payer can verify that services billed were actually provided
- and a tool for routine healthcare operations such as assessing quality and reviewing the competence of healthcare professionals

I understand and have been provided with a Notice of Information Practices that provides a more complete description of information uses and disclosures. I understand that I have the right to review the notice prior to signing this consent. I understand that the organization reserves the right to change their notice and practices and prior to implementation will mail a copy of any revised notice to the address I've provided. I understand that I have the right to object to the use of my health information for directory purposes. I understand that I have the right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations and that the organization is not required to agree to the restrictions requested. I understand that I may revoke this consent in writing, except to the extent that the organization has already taken action in reliance thereon.

본인 또는 본인이 위임한 대리인은 이 양식에 기술된 본인의 의무기록 정보 및/또는 결제 정보를 사용하거나 공개하는 것을 인가합니다. 본인은 이 양식에 기술된 수신자가 법적으로 정보의 프라이버시를 보호할 의무가 없다면, 본인의 의무기록 정보 및/또는 결제 정보가 재사용될 수 있으며, 더 이상 연방 보건 정보 프라이버시 규정의 보호를 받지 못한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 이 양식을 읽었으며, 모든 의문점에 대한 답을 얻었습니다. 아래에 서명함으로써, 본인은 위 사항을 모두 읽고 이를 수락한다는 것을 인정합니다.

_____ **Accepted 동의함** _____ **Denied 동의하지 않음**
- Reason for denial 동의하지 않을시 이유:



(뒷면에 계속)

- 예약확인을 위하여 전화통화, 이메일, 또는 문자를 드려도 되겠습니까? 예
아니요

- 집전화나 핸드폰에 음성 메시지를 남겨도 되겠습니까? 예
아니요

- 가족분이랑 건강 상태를 상의 드려도 되겠습니까? 예
아니요

○ 예 라고 표시하셨으며, 허용된 가족분들 성함을 써주세요:

Printed Name 성함 : _____ **Date 날짜 :**

Signature of Patient/Legal Representative Witness 서명 :

If above is signed by a witness other than the patient:

*Patient Name printed (if not above) : _____

*Patient's Birth Date : _____

*Relationship to Patient :
