정보 공개

의료 정보 교환 승인서

_____UHC 에 기록 공개 또는 **_____ UHC 로부터 기록 요청**

UNIVERSITY HEALTH CENTER 1232 UNIVERSITY OF OREGON EUGENE, OREGON, USA, 97403 전화번호: 1-541-346-2770 팩스: 1-541-346-2747 uhcmedicalrecords@uoregon.edu	**이름**_____ **주소**_____ **시/주/우편번호** _____ **전화번호:** _____ **팩스:** _____ **수신:** _____

공개 목적:

_____지속적인 의료 행위 _____ 보험 목적

_____학생 보조 _____ 기타(목록 작성 요망) _____

예약에 필요한 기록입니까? 예 아니요 날짜: _____

공개 대상 기록:

_____ 의료 차트 메모 _____ 예방접종 _____ X선 촬영(X-ray) 보고서 _____ 치과 기록 _____ 치과 이미지 _____ 검사실

_____ PT/스포츠의학 _____ X선 촬영(X-ray) 이미지

특별 승인이 필요한 경우: (이니셜로 작성 요망)

_____ HIV/AIDS 테스트 및 진행 과정 메모 _____ 정신건강 기록

_____ 알코올 및 약물 의존 치료 _____ 유전자 테스트

기록 공개 방법: (구두 전달을 제외하고 둘 이상의 방법을 선택할 경우 추가 비용이 발생할 수 있음)

우편 사본 _____ 구두 전달 _____ 인편 _____ 팩스 _____ 환자 포털 _____

(현재 학생만 해당)

재공개 진술서: 본 승인서에 의거하여 정보를 공개하고 나면 대학 의료 센터 또는 환자의 인지나 동의 없이도 수신자가 재공개할 수 있습니다. 재공개 시 미국 연방 또는 주의 개인정보 보호 규정에 따라 정보가 보호되지 않을 수 있습니다. 환자는 언제라도 본 승인서를 철회할 권리를 보유합니다. 단, 대학 의료 센터가 본 승인서에 의거하여 조치를 취한 후나 보험금 수령을 위해 승인을 받은 경우는 제외합니다. 본 승인서를 철회하려면 승인을 철회하는 내용의 서면 진술서에 서명하여 대학 의료 센터 의료 기록실에 우편 또는 팩스로 제출해야 합니다.

요청을 처리하는 데 영업일을 기준으로 10 일이 소요됩니다.

동일한 기록을 반복 요청하거나 50 페이지를 초과하는 기록의 경우 소액의 수수료가 발생할 수 있습니다.

본인은 아래에 서명함으로써 본인의 의료 기록 공개를 승인하고 동의합니다.

본 승인서에 대해 서면으로 철회 의사를 밝히지 않는 한 서명한 날로부터 365 일 동안 유효합니다.

이름(정자체): _____ UO ID: _____ 생년월일:_____

서명: _____ 날짜: _____ 전화번호:_____

UNIVERSITY HEALTH CENTER
1232 University of Oregon, Eugene, OR, USA, 97403-1232
전화번호: 1-541-346-2770 ● 팩스: 1-541-346-2747 ● 이메일: uhcmedicalrecords@uoregon.edu