

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 아니오 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

참고: 여기에서 별도로 요청하지 않는 한 최근 2 년간의 기록만 공개됩니다. _____ (50 페이지를 초과하거나 여러 건의 기록을 요청할 경우 18 달러의 처리 수수료가 발생할 수 있음)

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 언제나 본 승인서를 철회할 권리를 보유하고 있습니다. 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