

최근 의무 기록은 이 양식을 작성하지 않고 MyChart를 통해 즉시 다운로드할 수 있습니다.

1. 환자 이름(성, 이름): \_\_\_\_\_

생년월일 또는 의무 기록 번호(U#): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

2. 기록물 공개 시설:

Fred Hutch(프레드 허치) ☐ 또는 의료 제공자/클리닉/기타: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
 전화: \_\_\_\_\_ 팩스: \_\_\_\_\_

3. 기록물 수령인:

본인 ☐ 또는 수령인 이름: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
 전화: \_\_\_\_\_ 팩스: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_

4. 기록 형식:

☐ 팩스 ☐ MyChart ☐ 우편/문서 ☐ CD/DVD ☐ 이메일 ☐ USB

5. 목적:

☐ 치료 연속성 ☐ 개인 용도 ☐ 보험/장애 ☐ 법무 ☐ 기타(구체적으로 기입) \_\_\_\_\_

6. 기록 유형(해당 항목 모두 선택):

☐ 임상 노트 ☐ 검사실/병리학 ☐ 방사선 보고서 ☐ 방사선 CD ☐ 의료비 청구 ☐ 약국 청구  
☐ 기타(구체적으로 기입) \_\_\_\_\_

7. 서비스 날짜: 가장 최근 2년(날짜가 목록에 없는 경우 기본값)

a. 날짜 범위(mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 또는 ☐ 전체

8. 만료일:

이 동의서는 서명된 날짜로부터 1년 후에 만료되며, 다른 날짜 또는 이벤트가 여기에 명시되지 않은 한 유효합니다. \_\_\_\_\_

예외: 환자 정보를 고용주 또는 금융 기관에 공개해야 하는 경우, 이 동의서는 서명된 날로부터 90일 동안만 유효합니다.

본인은 아래에서 체크한 건강 정보를 Fred Hutch (프레드허치)가 공개하는 것을 명시적으로 승인합니다.

☐ 유전학 ☐ 성병 ☐ HIV/AIDS ☐ 정신 건강 ☐ 약물 사용 또는 치료

환자 또는 개인 대리인의 서명

성명

날짜

환자와 개인 대리인의 관계

\* 귀하가 법적 후견인, 위임장 대리인 또는 유산 집행자인 경우 증빙 서류를 첨부하시기 바랍니다

미성년자: 다음 정보를 공개하려면 미성년 환자의 서명이 필요합니다. (1) 미성년자의 생식 건강과 관련된 상태, (2) 성병(14세 이상인 경우), (3) 알코올 및/또는 약물 남용 및 정신 건강 상태(13세 이상인 경우).

\*\*\* EHI 내보내기의 경우 건강 정보 관리(HIM)로 문의하세요. 전화: 206-606-1114

TEAM

NAME

PT NO

DOB

PLACE EPIC LABEL HERE

[ M ]

[ F ]

프레드 허치슨 암센터는 UW  
 Medicine의 암 프로그램을  
 운영하는 독립 기관입니다.

UW Medicine



HIM007 (02/25)

**이 양식이 필요한 이유는 무엇인가요?**

법률에 따라 프레드 허치슨 암센터(프레드 허치)는 1996년 건강 보험 이동성 및 책임에 관한 법률(HIPAA)을 준수합니다. 여기에는 정보의 기밀성을 보호하는 것이 포함됩니다. 특정 상황에서는 의무 기록을 외부 시설/사람에게 제공하거나, 외부 시설/사람에게서 의무 기록을 수집하거나, 가족, 친구 또는 다른 사람들과 귀하의 진료에 대해 이야기하기 위해 귀하의 서면 동의가 필요합니다. 프레드 허치에 이러한 작업을 수행할 수 있는 권한을 부여하려면 사용, 공유 및 공개 동의서 양식을 작성하세요. 귀하는 환자로서 이에 대한 요금이 청구되지 않습니다.

**내 건강 정보가 이메일로 전송되는 경우, 어떻게 보호되나요?**

프레드 허치는 당사가 전송하는 보호대상 건강정보의 기밀성을 보장하기 위해 이메일 암호화 서비스를 사용합니다. 프레드 허치는 또한 HIPAA에 따른 연방 규정을 준수하기 위해 서비스를 사용합니다. 프레드 허치의 개인정보 보호정책에 대한 자세한 내용은 웹사이트([www.fredhutch.org/privacy-policy](http://www.fredhutch.org/privacy-policy))를 참조하십시오.

**보호대상 건강정보(PHI)란 무엇인가요?**

보호대상 건강정보(PHI)는 개인을 식별하는 데 사용할 수 있으며 진단 또는 치료와 같은 의료 서비스를 제공하는 과정에서 생성, 사용 또는 공개되는 의무 기록 또는 지정된 기록 세트의 모든 정보입니다.

**내 건강 정보가 다른 사람에게 제공될 가능성:**

프레드 허치가 귀하의 건강 정보를 다른 사람이나 시설에 제공하고 나면, 항상 수령인이 귀하의 건강 정보를 기밀로 유지하도록 법률로 요구되는 것은 아닙니다.

**마음이 바뀌면 어떻게 하나요?**

언제든지 양식을 프레드 허치 건강 정보 관리(825 Eastlake Ave East, M/S

K1-104, P.O. Box 19023, Seattle, WA 98109)로 제출하여 취소할 수 있습니다. 양식을 요청하려면 프레드 허치 HIM에 [release@fredhutch.org](mailto:release@fredhutch.org)로 이메일을 보내주세요. 귀하가 동의를 철회하는 경우, 프레드 허치가 이미 원본 기록 공개에 근거하여 논의, 제공 또는 수령한 정보인 경우, 또는 프레드 허치가 귀하에게 제공된 치료비를 지급받기 위해 정보를 요구하는 경우, 이는 효력이 없습니다. 귀하는 다음과 같은 권리를 보유합니다.

- 보호대상 건강정보의 사본을 검사하거나 받을 권리
- 서명된 기록 공개 사본을 받을 권리
- 기록 공개에 서명하는 것을 거부할 권리

이 절차에 대한 질문은 프레드 허치 건강정보 관리에 206-606-1114 또는 [release@fredhutch.org](mailto:release@fredhutch.org) 이메일로 문의하시기 바랍니다.

이 동의서에 서명하는 것을 거부하더라도 의료 서비스를 받거나 서비스에 대한 환급을 받을 수 있는 능력에 악영향을 미치지 않습니다. 서명 거부로 인해 의료 서비스를 받지 못하는 유일한 상황은 해당 의료 서비스가 전적으로 다른 사람에게 건강 정보를 제공하기 위한 목적일 때이며, 그 정보를 공유하기 위해 반드시 동의서가 필요한 경우에 한합니다. 서명을 거부하더라도, 승인된 정보가 건강 보험 가입 자격을 판단하는 데 꼭 필요한 경우가 아니라면, 귀하의 건강 보험 가입이나 건강 혜택 자격에 부정적인 영향을 미치지 않습니다. 예외: 1). 임상시험과 같은 연구 관련 치료에 참여하는 경우, 승인서에 반드시 서명해야 하며, 2). 프레드 허치는 승인을 받은 제3자에게 귀하의 PHI를 제공합니다.

**작성한 양식은 어디로 보내나요?**

작성한 승인 양식을 아래 연락처 정보를 사용하여 치료를 제공하는 프레드 허치 클리닉에 제출하세요.

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

PLACE EPIC LABEL HERE

[ F ]

DOB

프레드 허치슨 암센터는 UW  
Medicine의 암 프로그램을  
운영하는 독립 기관입니다.

UW Medicine



HIM007 (02/25)

프레드 허치 사우스 레이크 유니온	UWMC 노스웨스트 캠퍼스 프레드 허치	에버그린 병원 프레드 허치	오버레이크 메디컬 센터 프레드 허치
건강 정보 관리 PO Box 19023 MS: K1-104 Seattle, WA 98109 전화: (206) 606-1114 팩스: (206) 606-1035 <a href="mailto:release@fredhutch.org">release@fredhutch.org</a>	Health Information Management 1560 N 115th St. Suite G16 Seattle, WA 98133 전화: (206) 606-2794 팩스: (206) 606-6855 <a href="mailto:nwhhimfax@fredhutch.org">nwhhimfax@fredhutch.org</a>	Health Information Management 12040 NE 128th St. MS: 98, Suite 1600 Kirkland, WA 98024 전화: (425) 441-2644 팩스: (206) 606-8291 <a href="mailto:evgrelease@fredhutch.org">evgrelease@fredhutch.org</a>	Health Information Management 1135 116th Ave NE Suite 250 Bellevue, WA 98004 전화: (206) 606-5363 팩스: (206) 606-4360 <a href="mailto:belrelease@fredhutch.org">belrelease@fredhutch.org</a>
프레드 허치 이사과	프레드허치 페닌슐라	프레드 허치 양성자 치료 센터	
Health Information Management 1740 NW Maple St., Suite 211 Issaquah, WA 98027 전화: (206) 606-7907 팩스: (206) 606-4030 <a href="mailto:isqrelease@fredhutch.org">isqrelease@fredhutch.org</a>	Health Information Management 19917 Seventh Ave., Suite 100 Poulsbo, WA 98370 전화: (360) 697-8000 팩스: (206) 606-5122 <a href="mailto:penrelease@fredhutch.org">penrelease@fredhutch.org</a>	Health Information Management 1570 N 115th St. Seattle, WA 98133 전화: (206) 306-2800 Option 1 팩스: (206) 606-4338 <a href="mailto:him.proton@fredhutch.org">him.proton@fredhutch.org</a>	

귀하의 치료를 제공하는 클리닉에 이메일, 팩스, 일반 우편 또는 직접 방문하여 양식을 보낼 수 있습니다. 질문이 있는 경우, 기재된 전화번호로 언제든지 전화하실 수 있습니다.

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

PLACE EPIC LABEL HERE

[ F ]

DOB

프레드 허친슨 암센터는 UW  
 Medicine의 암 프로그램을  
 운영하는 독립 기관입니다.

**UW Medicine**


HIM007 (02/25)