

# HIPPA

## 환자 확인 및 동의서

### 섹션 I:

이것은 정부에서 의무화한 HIPPA의 요약이며, Mid-Atlantic OB-GYN은 귀하에 대한 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있으며 1996년 HIPPA(Health Insurance Portability Act)의 요구 사항을 준수합니다. 당사의 개인 정보 보호 관행 고지에는 정부가 결정한 대로 당사가 올바른 조건을 유보한다고 명시되어 있습니다. 이러한 일이 발생하면 새 정책과 발효일을 사무실 위치에 게시할 것입니다. 귀하는 귀하의 보호되는 건강 정보가 치료비 또는 의료 운영을 위해 사용되거나 공개되는 방식에 대한 제한을 요청할 권리가 있습니다. 당사는 귀하의 제한 사항에 동의할 필요는 없지만 동의할 경우 귀하와의 계약에 구속됩니다.

### 섹션 II:

치료, 지불 및 건강 관리 운영을 위한 귀하에 대한 정보의 사용 및 공개에 대한 동의. 귀하는 사전 동의에 대해 이미 신탁을 통해 공개한 경우를 제외하고 이 동의를 서면으로 철회할 권리가 있습니다. “나는 나의 의사가 나에게 제공한 모든 서비스에 대해 Mid-Atlantic OB-GYN에 대한 승인된 보험 회사 혜택의 지불을 요청합니다. 나는 나에게 대한 의료 정보의 소유자가 내가 가지고 있는 대리인이나 보험 회사에 공개할 수 있도록 승인합니다. 보장 및 관련 서비스에 대한 혜택 또는 혜택을 결정하기 위한 정보. 본인은 보험 회사가 요구하는 모든 참조 및 치료 계획을 제공하는 데 동의합니다. 모든 공동 부담금은 계약된 보험사 계약에 따라 서비스 시 지불해야 합니다.”

Patients Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

### 섹션 III: (선택 사항)

귀하의 건강 정보에 대한 승인된 액세스 권한을 부여하려는 개인 대리인, 가족 또는 기타 단체의 이름.

치료, 지불 및 기타 의료 운영과 관련하여 귀하의 보호되는 건강 정보를 사용하고 공개하도록 승인한 이러한 개인 및/또는 단체의 이름을 지정하거나 구체적으로 식별하십시오.

Name	Relationship	Phone #
------	--------------	---------

Name	Relationship	Phone #
------	--------------	---------

### 섹션 IV:

자동 응답기, 음성 메일, 이메일 주소 사용 승인:

Mid-Atlantic OB-GYN은 정상 업무 시간 동안 환자에게 직접 연락할 수 없는 경우가 있습니다. 이 경우 저희 사무실은 환자가 제공한 통신 장치에 메시지를 남깁니다. 귀하의 집, 직장, 휴대전화 또는 이메일을 통해 공개할 수 있는 정보에는

검사/검사 결과, 처방/약국 정보, 방문 및 시술에 대한 예약 지침, 수술 게시/일정 정보가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

\_\_\_\_\_ (Initial) 나는 Mid-Atlantic OB-GYN이 다음 통신 장치에 나의 보호되는 의료 정보를 포함하는 자세한 메시지를 남기는 것을 허용하는 데 동의합니다.

적절한 커뮤니케이션 옆에 체크하십시오:

집 (home)  핸드폰 (Cellphone)  이메일(email)  직장 (work)

\_\_\_\_\_ (Initial) 나는 Mid-Atlantic OB-GYN이 나의 보호된 의료 정보를 포함하는 메시지를 통신 장치에 남기는 것을 허용하지 않습니다.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_