

보호되는 건강 정보(PHI) 공개 승인

이 양식을 작성함으로써 귀하는 ODS Community Dental에 귀하의 PHI를 사용하고 공유할 권리를 부여하는 것입니다. 이 양식을 검은색 또는 파란색 펜을 사용하여 인쇄체로 명확하게 기재하고, 뒷면의 지침에 따라 당사에 보내 주십시오.

섹션 1: 가입자(환자) 정보

이름	생년월일(mm/dd/yyyy)	ID 번호
----	------------------	-------

섹션 2: 승인

본인은 가입자 서비스를 통해 ODS Community Dental에서 본인에 관한 PHI를 보유하고 있음을 알고 있습니다. 본인은 ODS Community Dental에 다음 사람과 본인의 정보를 사용하고 공유할 권리를 부여합니다.

이름	관계		
주소	시	주	우편 번호

이유(하나 선택):

- 본인의 건강 보장, 치료, 지불과 관련된 모든 정보 논의.
 기타(이유 명시): _____

본인의 PHI에는 다음 정보가 포함됩니다.

- 의료 기록
- 청구서
- 영상 판독 보고서
- 검사 결과 보고서
- 치과 기록
- 물리 치료 기록
- 병원 기록(간호 기록 및 경과 노트 포함)
- 이 승인의 목적과 관련된 모든 개인 정보 또는 의료 정보

위의 이유를 위해 귀하의 PHI에 관하여 필요한 세부 정보만 사용됩니다.

PHI에 아래 선택된 정보가 포함되면 다른 법률이 적용될 수 있습니다.

본인은 다음 중에서 본인이 선택한 경우에만 본인의 PHI가 공유됨을 이해하고 이에 동의합니다.

- HIV/AIDS 검사 또는 결과 정보 및 관련 기록
 유전자 검사 정보
 약물/알코올 진단, 치료 또는 진료 의뢰 정보
 정신 건강 정보
 생식 건강

본인은 본인의 PHI가 재공유되어 연방법에 따라 더 이상 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다. 그러나 연방법 또는 주법에 따라 위에서 선택한 정보에 대한 검사 또는 결과의 재공유가 제한될 수 있습니다.

이 승인은 철회되지 않는 한 다음 일자(하나 선택)까지 유효합니다.

날짜: _____ / _____ / _____ (서명일로부터 24개월을 초과하지 않아야 함)*

이벤트: _____

(이 이벤트는 최대 24개월로 제한됩니다. '사망', '정책 종료' 또는 '취소될 때까지'와 같은 이벤트를 기재하는 것은 유효하지 않은 이벤트의 예이며, 이 승인은 유효하지 않은 것으로 반환됩니다).

*날짜를 기재하지 않으면(빈칸으로 두는 경우) 승인은 서명일로부터 24개월로 제한됩니다.

아래에 서명함으로써 본인은 이 승인을 검토했으며 이를 이해했음에 동의합니다

개인 서명 X	서명일
------------	-----

또는

개인 대리인의 서명 X	서명일
대리인의 이름(인쇄체)	관계**

**가입자의 법정대리인, 법정후견인 또는 위임장 소지자이거나 기타 법적 권한이 있는 경우 법적 문서를 첨부해 주십시오.

이 승인이 유효하려면 모든 섹션을 작성해야 합니다. 가입자는 작성한 양식의 사본을 보관해야 합니다.

제출할 준비가 되셨습니까?

이 양식을 아래 주소로, 우편으로 보내주십시오.

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

질문이 있으십니까? ODS Community Dental 고객 서비스에
800-342-0526번으로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711을 이용하십시오.)

odscommunitydental.com/members

ODS Community Dental은 주 및 연방 민권법을 준수해야 합니다. 당사는 당사가 제공하는 서비스 또는 프로그램에서 나이, 피부색, 장애, 성 정체성, 결혼 여부, 출신 국가, 인종, 종교, 성별 또는 성적 지향을 이유로 사람을 부당하게 대우하지 않습니다.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 888-788-9821 (TTY: 711).

注意: 如果您說中文, 可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 聾啞人專用: 711。