주의 사항: 저희 병원은 환자들의 정확한 최신 정보를 보유하기 위해, 방문하실 때마다 귀하께 제시되는 첫 페이지 기록 내용 외에도, 귀하께서 1년에 적어도 한 번은 이 양식을 업데이트 하시기를 요청합니다. / *Please Note: So that we may maintain the most up to date and accurate information on our patients, in addition to the face sheet presented to you at every visit, we will request that you review and update this form at least once a year.*

날짜 / *DATE*:____________________

환자 정보 / *PATIENT INFORMATION*

환자 성함 / *Patient Name*: 이름 / *First*___________________________________ 중간 이름 이니셜 / *MI* ____ 성 / *Last*_______________________________________ SS# / *SS#* ________________________________

생년월일 / *DOB*:_____________________________ 성별 / *Sex*: ☐ 남 / *M* ☐ 여 / *F* 결혼 관계 / *Marital Status*: ☐ 미혼 / *Single* ☐ 기혼 / *Married* ☐ 이혼 / *Divorced* ☐ 사별 / *Widowed* ☐ 별거 / *Separated* ☐ 동거인 / *Life Partner*

미성년자일 경우 부모 / 법적 후견인 / *Parent / Legal Guardian Name if patient is a minor* 성함 / *Name*____ 생년월일 / *DOB*______________________

인종 / *Race*: ☐ 백인 / *White* ☐ 흑인/아프리카계 미국인 / *Black/African American* ☐ 아시아인 / *Asian* ☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 / *American Indian/Alaska Native* ☐ 하와이 원주민/태평양제도인 / *Native Hawaiian/Pacific Islander* ☐ 응답 거부 / *Declined*

민족 / *Ethnicity*: ☐ 비히스패닉/라티노 / *Not Hispanic/Latino* ☐ 히스패닉/라티노 / *Hispanic/Latino* ☐ 응답 거부 / *Declined*

선호하는 언어 / *Preferred Language*: 영어 / *English*__________ 스페인어 / *Spanish*__________ 베트남어 / *Vietnamese* __________ 기타 / *Other*______________________________________

의사소통에 문제가 있거나 특별한 도움이 필요합니까? / *Do you have any communication difficulties/ special needs?* 청각 장애 / *Hearing Loss* 통역사 필요 / *Interpreter Required* 난독증 / *Reading Difficulty* 시각 장애 / *Sight Impaired* 기타? / *Other?* 예 / *Yes* 아니오 / *No*

"예"라고 답하셨으면, 해당 사항을 열거해 주시기 바랍니다 / *If yes, please list*:____

주소 / *Address*: ____ Apt # / *Apt #* _________ 시 / *City*_________________________ St / *St*___________ Zip / *Zip* _________________

전화번호 / *Phone*: 집 / *Home*___________________________________ 휴대전화 / *Cell*___________________________________ 직장 / *Work*____

이메일 / *E-Mail*____

기장 좋은 연락 방법 / *Best Contact Method*: ☐ 집 / *Home* ☐ 휴대전화 / *Cell* ☐ 직장 / *Work* ☐ 이메일 / *E-Mail* ☐ 우편 / *Mail*

나는 가장 좋은 연락 방법 중 하나에 표시함으로써 THPG로부터 연락 받기로 동의합니다 / *By checking one of the boxes for Best Contact Method, I agree to receiving correspondence from THPG*

고용 상황 / *Employment Status*: ☐ 정규직 / *Full-Time* ☐ 시간제 근무 / *Part-Time* ☐ 무직 상태 / *Unemployed* ☐ 학생 / *Student* ☐ 장애인 / *Disabled* ☐ 퇴직자 / *Retired*

고용주 / 학교 / *Employer/School*:____

지불을 책임지는 사람 / *FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY*

☐ 환자 정보와 동일함 *(만약 다르다면, 아래 섹션을 작성해 주십시오)* / Same as Patient Information (If different, please complete section below)

성함 / *Name*: 이름 / *First*____ 중간 이니셜 / *MI* ____ 성 / *Last* ____

관계 / *Relationship*: 배우자 / *Spouse* 부모 / *Parent* 후견인 / *Guardian* 기타 (명시하십시오) / *Other (Please Specify)*: ____

주소 / *Address*: ____ Apt # / *Apt #*____________ 시 / *City*_________________________ St / *St*___________ Zip / *Zip* _____________________

전화번호 / *Phone*: 집 / *Home*___________________________________ 휴대전화 / *Cell*___________________________________ 직장 / *Work*____

이메일 주소 / *Email Address* ____

고용주 / *Employer*: ____

이 페이지의 뒷면에 계속 / *Continue to the Back of this Page*

FOR OFFICE USE ONLY: Patient Name______________________
MRN_____________________

비상 연락처 / EMERGENCY NOTIFICATION

성함 / Name: ______________________________ 환자와의 관계 / Relationship to Patient: ______________________

전화번호 / Phone: 집 / Home______________________ 휴대 전화 / Cell______________________ 직장 / Work______________________

성함 / Name: ______________________________ 환자와의 관계 / Relationship to Patient: ______________________

전화번호 / Phone: 집 / Home______________________ 휴대 전화 / Cell______________________ 직장 / Work______________________

추천한 곳 / REFERRAL SOURCE

☐ 친구/가족 / Friend/Family Member ☐ 보험 회사 / Insurance Company ☐ 워크인 / Walk-in ☐ THR 추천 라인 / THR Referral Line ☐ 전화번호부 / Phone Book ☐ 다이렉트 메일 / Direct Mail ☐ TV / TV ☐ 라디오 / Radio ☐ 코치 / Coach_______________

☐ 트레이너 / Trainer__________________ ☐ 신문 / Newspaper______________________ ☐ 잡지 / Magazine ________________ ☐ 웹 검색 / Web Search ☐ 병원 웹사이트 / Practice Website

☐ 이벤트 / Event

☐ THR/THPG 웹사이트 / THR/THPG Website ☐ Another Physician/Provider _________________ ☐ CVS / CVS _________________ ☐ 기타 / Other__________________

☐ 기타 광고 / Other Advertisement _______________________ ☐ 병원/응급실 / Hospital/ED _______________________

의료 정보 공개에 대한 선택적 권한 부여 / OPTIONAL AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO OTHERS

☐ 정보 공개를 원하지 않습니다 / Do Not Release Information

나는 Texas Health Physician's Group 및 그 대리자들이 내 약속, 결제 정보 및/또는 의료 서비스에 관한 모든 문제에 대해 논의 또는 정보 공개를 위해 아래에 나열된 추가 연락 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 권한 부여는 내가 Texas Health Physician's Group 에 변경 또는 업데이트에 대한 서면 통지를 제공할 때까지 효력이 유지됩니다. 나는 Texas Health Physician's Group 및 그 대리자들이 내 약속, 보험, 결제 정보, 검사 결과 및/또는 의료 서비스에 관한 모든 문제에 대해 논의 또는 정보 공개를 위해 아래에 나열된 추가 연락 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. / *I authorize Texas Health Physician's Group and its representatives to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, billing information and/or medical care. This authorization will remain in effect until I provide written notification to Texas Health Physician's Group of changes or update. I authorize Texas Health Physician's Group to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, insurance, billing information, test results and/or medical care.*

성함 / Name ______________________________ 관계 / Relationship ______________________________ 전화번호 / Phone______________________

위의 명명된 사람에게 다음 정보를 공개할 수 있습니다 / You may release the following information to the person named above: ☐ 약속 / Appointments ☐ 결제 정보 / Billing Information ☐ 의료 서비스 / Medical Care ☐ 메시지 남기기 / Leave Message

성함 / Name ______________________________ 관계 / Relationship______________________________ 전화번호 / Phone______________________

위의 명명된 사람에게 다음 정보를 공개할 수 있습니다 / You may release the following information to the person named above: ☐ 약속 / Appointments ☐ 결제 정보 / Billing Information ☐ 의료 서비스 / Medical Care ☐ 메시지 남기기 / Leave Message

FOR OFFICE USE ONLY: Patient Name____________________

MRN____________________

귀하의 의료 정보를 이메일로 받기 원하시면, 아래에 달리 명시적으로 지정하지 않는 한, 그 정보는 암호화된 이메일로 보내질 것입니다. 암호화되지 않은 이메일로 의료 정보를 보내면 인터넷으로 제3자가 그 정보를 읽을 수 있기 때문에 위험할 수도 있습니다. / *If you wish to receive your health information by email, the information will be sent via encrypted email unless you expressly designate otherwise below. Sending health information by unencrypted email may pose some risk that the health information in the unencrypted email could be read by a third party over the Internet.*

이니셜 / *Initials* ________________

모든 보험 카드와 운전 면허증 / 신분증의 사본을 제공하십시오. / *Please provide a copy of all Insurance Cards and a Driver's License / Photo ID*

저희의 파일에 있는 모든 정보가 최신의 것인지 확인하기 위해 방문 때마다 보험 카드를 제시하도록 요청받게 될 것입니다. / *You will be asked to present your insurance card(s) at each visit so that we can confirm that all information in our files remains current.*

보험 정보 / *INSURANCE INFORMATION*

메디케어 (Medicare) ID# / *Medicare ID#* ____

메디케어에 우선하는 보험이 있습니까? / *Do You Have Insurance Primary to Medicare?* 예 / *Yes* 아니오 / *No* "예"라고 답하셨으면 기재해 주시기 바랍니다 / *If Yes, Please List:* ____

메디케어 보충 플랜 / *Medicare Supplement* ____ ID# / *ID#* ______________________________

메디케어 어드밴티지 플랜 / *Medicare Advantage Plan* ____ ID# / *ID#*______________________________

메디케이드 (Medicaid) ID# / *Medicaid ID#* ____

또는 / *Or*

민영 보험 / *Commercial Insurance*

1 차 보험 / *Primary Insurance*_________________________ ID / *ID* ______________________________ Gp / *Gp*: ____________________

보험 가입자 이름 / *Policy Holder Name*:______________________________ 관계 (하나에 동그라미 하세요) / *Relationship (Circle One)*: 본인 / *Self* 배우자 / *Spouse* 부모 / *Parent* 기타 / *Other* ____________________

*SS# / SS#*____________________ 보험 가입자의 생년월일 / *Policy Holder's DOB*____________________ 고용주 / *Employer*______________________________

2 차 보험 / *Secondary Insurance*_________________________ ID / *ID*: ______________________________ Gp / *Gp* ____________________

보험 가입자 이름 / *Policy Holder Name*:______________________________ 관계 (하나에 동그라미 하세요) / *Relationship (Circle One)*: 본인 / *Self* 배우자 / *Spouse* 부모 / *Parent* 기타 / *Other* ____________________

*SS# / SS#*____________________ 보험 가입자의 생년월일 / *Policy Holder's DOB*____________________ 고용주 / *Employer*______________________________

약 리필 / *MEDICATION REFILL*

약 리필에 대해서는 이용하는 약국에 문의하시기 바랍니다. 약국에서 약 리필 요청을 저희에게 팩스로 보내면 담당 의사가 그것을 검토하게 됩니다. 리필 승인에는 48-72 시간이 필요할 수 있습니다. 저희가 리필 요청을 처리할 시간을 감안해 주시기 바랍니다. / *Please contact your pharmacy for medication refills. Your Pharmacy will fax us a medication refill request which the physician will review. Refill authorizations may require 48-72 hours. Please allow sufficient time for us to process your refill request.* 이니셜 / *Initials* ________________

약국 이름 / *Pharmacy Name*______________________________ 주소 또는 교차로 / *Address or Cross Street*______________________________

FOR OFFICE USE ONLY: Patient Name______________________

MRN____________________

개인 정보 보호 관행 / *PRIVACY PRACTICES*

저희 사무실, 의사 및 직원은 귀하의 건강 정보에 관한 개인 정보를 보호를 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희는 저희의 개인 정보 보호 관행 통지의 사본을 귀하께서 이용할 수 있도록 하고 있습니다. / *Our office, physicians and staff, are committed to securing the privacy of your health information. We are making available to you a copy of our Notice of Privacy Practices.*

서명 / *Signature*____ 날짜 / *Date* ______________________

재정 및 지급 지침 / *FINANCIAL AND PAYMENT GUIDELINES*

주의 사항: 저희 사무실은 차량 사고 관련 방문에 대한 자동차 보험 클레임을 제출하지 않습니다. / *Notice: Our office does NOT file Auto Insurance claims for visits relating to motor vehicle accidents.*

지불은 서비스 시에 이루어져야 합니다. 이것은 모든 공동 지불, 부담금 및 공동 보험에 적용됩니다. 귀하의 보험 회사가 위탁서를 요구하는 경우, 약속을 잡기 이전에 환자(또는 보증인)이 그 위탁서를 얻어야 합니다. / *Payment is due at the time of service. This includes all co-pays, deductibles and co-insurance. If your insurance company requires a referral, it is the patient's responsibility (or guarantor) to obtain the referral prior to your appointment.*

- 예약된 시간 24시간 이전에 예약을 취소하지 않을 경우, 클리닉이 취소 수수료를 청구할 수 있다는 것을 나는 알고 있습니다. / *I understand that in the event I do not cancel my appointment within twenty-four hours of the scheduled appointment that the clinic may charge a cancellation fee.*
- 나는 나 자신 또는 부양가족에게 행해진 서비스에 대한 보험 혜택이 Texas Health Physician's Group 에게 직접 지급되는 것을 승인합니다. / *I authorize direct payment of my insurance benefits to Texas Health Physician's Group for services rendered to myself or dependents.*
- 제공된 서비스에 대해 보험이 청구될 것입니다. 보험이 적용되지 않는 서비스에 대한 모든 청구는 환자 또는 보호자가 책임져야 합니다. 나의 보험 혜택이 무엇인지, 그리고 제공된 서비스가 보험 적용 대상인지 여부를 알아야 할 책임이 내게 있다는 것을 나는 알고 있습니다. / *Insurance will be filed for services rendered. Any charges for services not covered by insurance will be the responsibility of the patient or his/her guardian. I understand that it is my responsibility to know my insurance benefits and whether or not the services rendered are covered benefits.*
- 환자 또는 보호자는 인구 통계 또는 보험, 그리고 청구 정보에 관한 모든 변경 사항을 저희 사무실에 통지해야 할 책임이 있습니다. / *Patient or guardian is responsible for notifying our office of any changes to demographics or insurance and billing information.*
- 의료 보험 회사가 지불하지 않는 네트워크 외부 서비스에 대해서는 환자 또는 보호자가 책임져야 합니다. / *Out of Network services not paid by the health insurance company will be the responsibility of the patient or his/her guardian.*
- Texas Health Physician's Group [illegible] 해당 보험 회사에 제공할 것입니다. / *Texas Health Physician's Group or its authorized agent will provide medical information to the insurance company as required for payment of claims for services rendered.*

신용 조사 기관의 조사에 대한 동의 / *CONSENT TO CREDIT BUREAU INQUIRIES*

이로써 나는 등록 절차 시 제공한 내 휴대 전화나 다른 전화 번호로 신용 조사 기관의 조사와 자동으로 걸리거나 녹음된 메시지 전화, 그리고/또는 문자 메시지를 받는데 동의합니다. 나는 이러한 수집 시도들이 Texas Health Resources나 다른 계정 관리 회사, 독립적인 계약자 또는 수집 기관에 국한되지는 않으나 이를 포함하는 그 제휴 기관/대리인에 의해 이루어질 수 있다는 것을 이해합니다. / *I hereby consent to credit bureau inquires and to receiving auto-dialed/artificial or pre-recorded message calls, and/or text messages to my cellular telephone and to any telephone number and to any telephone number provided during my registration process I understand that these collection attempts could be performed by Texas Health Resources or its affiliates/agents including, without limitation, any account management companies, independent contractors or collections agents.*

예 / *Y* ________ 아니오 / *N* ________

실험실 / X 선 / 진단 서비스 / *Lab / X-Ray / Diagnostic Services*:

- 나는 내 의료 서비스가 실험실, X 선 또는 기타 진단 서비스를 포함하는 경우 별도의 청구서를 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다. 나는 또한 내 보험으로 변상되지 않은 모든 공동 지불, 공제 및 공동 보험에 대한 지불 책임이 내게 있다는 것을 알고 있습니다. / *I understand that I may receive a separate bill if my medical care includes lab, x-ray, or other diagnostic services. I further understand that I am financially responsible for any co-pays, deductibles and co-insurance due for these services if they are not reimbursed by my insurance.*

치료, 정보 공개, 권한 부여 및 혜택 할당에 대한 동의 / *CONSENT FOR TREATMENT, RELEASE OF INFORMATION, AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS*

- 나의 건강을 위해 필요하거나 의료 공급자와 논의되고 그가 지시한 치료를 받는 것에 동의합니다. / *I consent to treatment necessary to the care which has been discussed and directed by the provider.*
- 나는 내 건강 관리와 질환에 해당할 경우 모든 의료 기록을 전문의에게 공개 및/또는 의사와 상담할 수 있도록 권한을 부여합니다. / *I authorize the release of all medical records to specialists and/or consulting physicians if applicable to my care and condition.*
- 나는 나에 관한 의료 또는 기타 정보를 가진 모든 보유자가 사회 보장국(Social Security Administration), 건강 관 [illegible] 또는 기타 모든 보험 업체들에게 이것 또는 기타 모든 관련 클레임이 진행되는데 필요한 모든 정보를 공개하도록 권한을 부여합니다. 나는 이 승인서의 복사본이 원본 대신에 사용되는 것을 허락하고, 의료 보험 혜택이 나에게 또는 진료를 한 당사자에게 지불되게 할 것을 요청합니다. 나는 내 치료에 대해 지불할 책임이 있을 수 있는 모든 당사자에 대해 의료 서비스 공급자에게 통지해야 한다는 것을 알고 있습니다. / *I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration, Health Care Financing Administration, its intermediaries, its carriers, or any other insurance carrier any information needed for this or any other related claim to be processed. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original and request payment of medical insurance benefits either to me or to the party who accepts assignment. I understand it is mandatory to notify the health care provider of any party who may be responsible for paying for my treatment.*
- 나는 또한 Texas Health Physician's Group 에게 보험금이 직접 지급되도록 승인하고 요청합니다. / *I further authorize and request that insurance payments be directed to Texas Health Physician's Group*

FOR OFFICE USE ONLY: *Patient Name*______________________

*MRN*____________________

미성년자 치료에 대한 권한 부여 / *Authorization to Treat a Minor*

☐ 해당 사항 없음 (환자는 성인임) / *Not Applicable (patient is an adult)*

(0-18 번째 생일까지) *(Ages 0-18th Birthday)*

내가 내 자녀의 검진 및 치료를 위해 그 아이를 병원에 데려갈 수 없는 상황이 발생할 경우, 나는 아래의 사람(18세 이상)이 내 자녀에게 의료서비스를 받게 하도록 허락하고 그 권한을 부여합니다. 나는 또한 , Texas Health Physician's Group 의 공급자들이 내 자녀의 약속, 보험, 검사 결과 및 의료 서비스에 관한 모든 문제에 대해 아래에 나열된 사람들과 논의하거나 그들에게 정보를 공개할 수 있도록 권한을 부여합니다. 이 권한 부여는 내가 Texas Health Physician's Group 에 변경 또는 업데이트에 대한 서면 통지를 제공할 때까지 효력이 유지됩니다. 나는 Texas Health Physician's Group 및 그 대리자들이 내 약속, 보험, 결제 정보, 검사 결과 및/또는 의료 서비스에 관한 모든 문제에 대해 논의 또는 정보 공개를 위해 아래에 나열된 추가 연락 정보를 사용할 수 있는 권한을 부여합니다. / *If there are circumstances when I am unable to bring my child to the office for his/her evaluation and treatment, I give my permission and authorization for the following persons (over the age of 18) to obtain medical care for my child. I also authorize the providers of Texas Health Physician's Group to discuss or disclose information regarding any matters relating to my child's appointment, insurance, test results or medical care to those listed below. This authorization will remain in effect until I provide written notification to Texas Health Physician's Group of changes or update. I authorize Texas Health Physician's Group to use the additional contact information listed below to discuss or disclose information regarding any matters relating to my appointments, insurance, billing information, test results and/or medical care.*

성함 / *Name* _______________________ 관계 / *Relationship*_______________________ 전화번호 / *Phone*__________

성함 / *Name* _______________________ 관계 / *Relationship*_______________________ 전화번호 / *Phone*__________

성함 / *Name* _______________________ 관계 / *Relationship*_______________________ 전화번호 / *Phone*__________

나는 위의 **약 리필 지침, 지불 책임 진술, 지불 지침, 치료 동의서, 의료 정보의 공개 및 보험 승인**을 읽었고, 완전히 이해하며, 이에 동의합니다. 나는 또한 제공된 모든 정보가 완전하고 정확하다는 것을 증명합니다 / *I.have read, fully understand and agree to the above medication refill guidelines, financial responsibility statement, payment guidelines, consent for treatment and release of medical information & insurance authorization. I also certify that all of the information, provided is complete and accurate.*

환자 성함 / *Patient Name* ____________________ 서명 / *Signature* ______________________ 날짜 / *Date* ______________

건강 정보 교환 승인 / *Health Information Exchange Authorization*

_______________________________ (의사 / 클리닉/시설 이름

정보 교류에 참여합니다. 이 문서는 언제든지 수정될 수 있습니다 / *participates in health information exchanges as described in the Texas Health Resources (physician/clinic/facility name) Health Information Exchange Patient's Frequently Asked Questions document which may be revised at any time.*

건강 정보 교환(HIE)은 국가적으로 인정받는 표준을 준수하는 기관들 중 건강 관련 정보 교환을 감독하고 관할하는 기관입니다. 건강 정보 교환은 HIE에 참여하는 다수의 의료 서비스 공급자들로부터 받은 환자의 건강 정보를 저장하는 전자 건강 정보 시스템입니다. 이 시스템은 다른 의료 서비스 공급자들이 지속적인 진료 및 공급자의 개인정보 보호 관행에 대한 통지(Notice of Privacy Practices)에 포함되어 있는 다른 용도로 귀하의 과거 건강 정보를 볼 수 있게 해 줍니다. 귀하의 정보는 HIE 시스템 내에 보관되지만 , 귀하가 참여하기로 동의하지 않는 한 의료 서비스 공급자들이 그것을 보거나 사용할 수는 없습니다 / *A Health Information Exchange (HIE) is an organization that oversees and governs the exchange of health-related information among organizations according to nationally recognized standards. A Health Information Exchange is an electronic health information system that stores your patient health information from multiple healthcare providers participating in the HIEs. It allows your other health care providers to view your past health information for continued care and other uses included in the provider's Notice of Privacy Practices. Your information will be stored within the HIE system, but it will not be visible to or able to be used by providers unless you opt-in to participate.*

나는 내 의료 기록이 기밀사항이며 , 법률에 따라 허용되거나 요구되는 경우를 제외하고는 내 서면 동의 없이 공개될 수 없다는 것을 알고 있습니다. 나는 내 의료 정보가 인간 면역 결핍 바이러스(HIV) 및 후천성 면역 결핍증(AIDS)을 포함하는 전염성 질병, 정신 건강 치료와 알콜 및 약물 남용 진단 또는 치료에 관련된 기록을 포함할 수도 있음을 알고 있으며, 그 정보를 내 의료 기록의 일부로서 공개하는 것을 승인합니다. 의료 서비스 공급자들은 명확히 확인되는 정신 건강 및 약물남용 건강 정보를 HIE 에서 제외하려 할 것이지만, 그럼에도 불구하고 일부 정보는 포함될 수도 있습니다 / *I understand that my medical records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization except when otherwise permitted or required by law. I understand that my medical information may include communicable disease information including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), records related to mental health treatment and alcohol and substance abuse diagnosis or treatment, and I authorize release of that information as part of my medical record. Providers will attempt to exclude clearly identified mental health and substance abuse health information from the HIEs, however some information may be included.*

나는 위의 의료 공급자가 위에 설명된 내 의료정보를 THPG가 참여하는 HIE에게 공개하는 것을 승인합니다. 이 승인에 따라 사용 또는 공개된 정보는 다른 의료 서비스 공급자들에 의해 재공개 대상이 될 수 있으며, 그러한 정보는 더 이상 보호되지 않을 수도 있습니다 / *I authorize the above provider to disclose my medical information described above to the HIEs in which THPG participates. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by other providers and such information may no longer be protected.*

나는 이 승인서에 대한 내 서명이 치료 또는 지불의 조건이 될 수는 없다는 것을 알고 있습니다. 나는 이 승인에 의해 취해진 행동에 대해서는 예외이나 언제든지 이 승인을 철회할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 나는 위에 언급된 의료 서비스 공급자가 처리하도록 철회 요청을 제출할 수도 있습니다. 이 승인은 내가 서면으로 그것을 취소하지 않는 한 무기한 효력을 발생합니다 / *I.understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon this authorization. I may submit a revocation request to the above provider for processing. This authorization will remain in effect indefinitely, unless I revoke it in writing.*

HIE 는 귀하의

저희 또는 HIE 에 참여하는 다른 의료 서비스 제공자들에 의해 받아들여지면, 귀하께서 HIE 에 참여하지 않기로 선택하셔야 귀하의 제한을 지킬 수 있습니다. 이것은 귀하가 방문하는 각 HIE 참여 의료 서비스 공급자마다 개별적으로 이루어져야 합니다 / *The HIE is not able to manage restrictions on disclosure of your health information. A restriction is a request by the patient to not disclose certain information to certain people or companies. If the restriction is or was agreed to by us or other participating HIE healthcare providers, then you must elect to opt-out of the HIE in order to protect your restriction. This must be done at each HIE participating provider you visit.*

병원을 방문하는 산부인과 환자 전용: 나는 또한 이 방문 동안 나에게서 태어나는 모든 아이(들)에 대해서도 이 승인을 합니다. / *Hospital Visit for Obstetric patients only: I also give this authorization for any child(ren) born to me during this visit.*

나는 내 의료 정보를 THPG가 참여하는 건강 정보 교환에 공개하는 것을 승인합니다 / *I authorize release of my medical information to the Health Information Exchanges in which THPG participates:*

______ 예/*Yes* ______ 아니오/*No*

인정서 / *Acknowledgement*:
아래에 서명한 나는, 이 건강 정보 교환 승인 양식을 읽고 완전히 이해했음을 인증합니다. 나는 만약 내가 이 양식에 제공한 어떤 정보를 변경해야 할 필요가 있으면, 신속히 직원에게 통보해야 한다는 것을 알고 있습니다. / *I, the undersigned, certify that I have read and fully understand the information in this Health Information Exchange Authorization form. I understand that if I need to change any information I have provided on this form, I will notify a staff member promptly.*

____________________ ____________ ________________________________

환자의 성함을 정자체로 쓰세요 / *Print Patient's Name* 생년월일 / *Date of Birth* 주소 / *Address*

____________________________ ____________________ ____________________

환자 또는 승인된 대리자의 서명 / *Signature of patient or authorized representative* 환자 또는 본인과의 관계 / *Relationship to patient or self* 날짜 / *Date*

____________________ ____________________ ____________________

증인 / *Witness* 제목 / *Title* 날짜 / *Date*

"법적으로 승인된 대리자"는; 1) 법정 후견인, 2) 의료 위임장 또는 의사에게 주는 지시서를 받은 승인된 대리자, 3) 법원이 지명한 변호사, 4) 환자 또는 환자의 법적으로 승인된 대리자가 보유하고 있는 변호사, 5) 미성년자의 부모 또는 법적 보호자, 또는 6) 텍사스 의료 행위에 대한 동의법(Texas Consent To Medical Treatment Act)에 따라 권한을 부여받은 사람, 즉 환자의 배우자, 성인이 된 자녀, 성인 환자의 부모, 환자를 위해 일할 수 있는 능력이 사전에 확실히 인정된 사람, 가장 가까운 곳에 사는 친척, 또는 성직자. 모든 정보의 공개 이전에 법적으로 승인된 대리자 지위에 대한 서면 증거가 클리닉에 제시되어야 합니다. / *A "legally authorized representative" is; 1) a legal guardian, 2) an agent authorized in a medical power of attorney or directive to physicians, 3) an attorney appointed by a court, 4) an attorney retained by the patient or the patient's legally authorized representative, 5) a parent or legal guardian or a minor, or 6) a person authorized under the Texas Consent To Medical Treatment Act: the patient's spouse, adult child, a parent of the adult patient, a person clearly identified in advance of incapacity to act for the patient, the nearest living relative, or a member of the clergy. Written evidence of legally authorized representative status must be presented to the clinic prior to release of any information.*

Texas Health Physicians Group®