**KIM MEDICAL GROUP** MRN # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HIPPA Privacy Authorization Form

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information

(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act – 45CFR Parts 160 and 164)

1. 김방선 내과에서 아래 나열하는 개인(들)에게 나의 진료기록을 알려주는것을 승인한다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(이름과 환자와의 관계)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(이름과 환자와의 관계)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(이름과 환자와의 관계)

2. 위의 개인(들)에게 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (날짜) 부터 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (날짜) 까지의 진료기록 **혹은**

모든 지난 기록과 앞으로의 진료기록 을 알려주는 것을 승인한다.

나의 모든 진료기록을 알려주는 것을 승인한다. (정신건강의 기록이나 전염이 되는 질병, 에이즈, 알코홀

중독/ 마약중독에 관한 치료 기록 포함)

**혹은**

진료기록을 알려주되 아래에 나열하는 사항들은 제외한다 :

정신건강 기록

전염이 되는 질병 (에이즈 포함)에 관한 기록

알코홀 중독/ 마약 중독에 관한 치료 기록

다른 사항 (내용을 적어주세요) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. 이 승인서의 유효기간은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (날짜) 까지이다.

4. 위에 나열하는 개인(들)이 나의 진료기록을 본인의 진료나 상담을 위해 쓰는것을 나의 승인하에 사용할수 있다.

5. 이 승인서의 취소를 원할때는 취소를 원하는 서류를 제출함으로써 가능하다는것을 이해한다.

6. 이 승인서의 작성이 나의 진료나 보험에 어떤 영향도 끼치지 않는다는 것을 이해한다.

7. 위에 나열한 개인(들)이 원하지 않을 경우 이 승인서는 법적으로 유효하지 않다는것을 이해한다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

환자나 대리인의 서명 날짜

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

환자나 대리인의 이름 환자와의 관계