



등록 양식

| | | | |
|---|-----|--------|--|
| 환자 성, 이름 | 연령 | 생년월일 | <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 |
| 집주소, 도시, 주, 우편번호 | | | |
| 우편주소, 도시, 우편번호 <input type="checkbox"/> 위와 동일 | | | |
| 집전화 | 핸드폰 | 이메일 주소 | 사회 보장 번호 |

추가 정보

| | | |
|--|-----|---|
| 약국 기록 동의 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 민족성 | 통화 수신 동의 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 약국 이름, 전화, 팩스, 전화 | | 텍스트 수신 동의 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 이전 1 차 배려 의사 이름, 전화, 팩스 | | |

긴급 연락처 정보

| | | |
|-------|-----------------|--|
| 성, 이름 | 환자와의 관계 전화번호 | |
|-------|-----------------|--|

건강보험 정보

| | | |
|----|-------|------|
| 이름 | ID 번호 | 전화번호 |
|----|-------|------|



권한 부여

나는 요나 의료 그룹의 공급자가 주치 의사로 승인하고 내 제시 불만에 치료로 간주 하는 검사, 치료 및 약물을 나에게 관리. 나는 이로써 요나 메디컬 그룹이 이 질병에 관한 내 보험 사업자에게 정보를 제공 할 수 있도록 권한을 부여하고, 나는 이로써 의료 서비스에 대한 모든 지불을 공급자에게 돌이킬 수없는 할당합니다.

환자 이름(PRINT) / 기호/날짜

부모/보호자 이름(인쇄) / 기호/날짜

환자 이름(인쇄): _____

의료정보의 사용 및 공개 승인 (요청 레코드)

이 승인을 통해 아래에 명명된 의료 제공자가 기밀 의료 정보와 기록을 공개할 수 있습니다.

이에 따라: _____

공급자/의료 시설

메모 :내 병력, 질병 또는 상해, 상담, 처방전, 치료, 진단 또는 예후에 관한 정보를 공개하며, 여기에는 우편, 팩스 또는 기타 전자 적 방법으로 위에서 명명 된 의료 제공자가 보유 할 수있는 다른 의료 제공자의 X 선, 서신 및 / 또는 의료 기록을 포함하십시오.

의료 정보/기록은 다음과 같은 목적으로 사용됩니다.

받는: 조나 메디컬 그룹 dba 나눔 메디컬 의료 그룹 (전화: 800-821-5675)

| | | |
|--|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> LA Jonah | Fax: 213-388-5154 | 3663 W 6th St #103 Los Angeles, CA 90020 |
| <input type="checkbox"/> LA Westmoreland | Fax: 213-315-5195 | 866 Westmoreland Blvd #101 Los Angeles, CA 90005 |
| <input type="checkbox"/> Anaheim | Fax: 714-484-3852 | 408 S Beach Blvd #204 Anaheim, CA 92804 |
| <input type="checkbox"/> Diamond Bar | Fax: 909-480-0201 | 20627 Golden Springs Dr #1B Diamond Bar, CA 91789 |
| <input type="checkbox"/> Victorville | Fax: 760-552-4472 | 15095 Amargosa Drive, #102 Victorville, CA 92394 |

이 권한 부여는:

- 무제한(약물 남용, 정신 건강, HIV 진단/치료 제외)
- 다음 의료 정보로 제한됩니다.

나는 또한 다음 기록의 공개에 동의 (초기하시기 바랍니다):

___ 약물/알코올/약물 남용 ___ 정신/정신 건강 ___ HIV에 대한 항체

___ HIV 진단/치료 ___ 유전 정보

기간

이 권한 부여는 즉시 효력을 발휘하며 다음과 같은 효력을 유지합니다.

날짜 _____

제한

이 의료 정보의 추가 사용 또는 공개에 대한 권한은 다른 승인이 저에게서 얻어지거나 법률에서 특별히 요구되거나 허용되지 않는 한 부여되지 않습니다.

이 승인의 사본 이나 팩스는 원본으로 효과적이고 유효하다고 간주됩니다.

이 승인서 사본을 받을 수 있는 권리에 대한 조언을 받았습니다.

환자의 이름 (인쇄) / 서명 / 날짜

부모/보호자 이름(인쇄) / 서명/날짜

환자의 사회 보장 번호

환자의 생년월일

증인 이름 (인쇄) / 서명 / 날짜



AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION

(의료 정보 사용 및 공개에 대한 승인허락서)

이 승인을 통해 아래에 언급된 의료 제공자는 기밀 의료 정보 및 의료기록을 공개, 제공 받을수 있습니다.

참고: 미성년자의 치료, HIV, 정신과/정신 건강 상태 또는 알코올/약물 남용에 관한 정보 및 기록에는 특정 승인이 필요한 특별 규칙이 있습니다.

본인은 이로써 다음 의사(들)에게 의료정보 및 기록에 대한 공개,제공 합니다

- Edwin Choi MD
- Jun Chung MD
- Daesoon Leem MD
- Eun Shin MD

위에 언급된 의료 제공자가 제공할 수 있는 x-레이, 서신 및/또는 의료 기록을 포함한 의료 기록, 질병 또는 부상, 상담, 처방, 치료, 진단 또는 예후에 관한 정보를 공개하기 위해 우편, 팩스 또는 기타 전자적 방법을 통해 전달합니다.

의료 정보/기록은 아래 명시된 목적을 위해 사용됩니다(아래 명시):

이 권한은 다음과 같습니다:

- 모든 기록
(약물 남용, 정신 건강, HIV 진단/치료를 제외한 모든 기록)
- 다음 의료 정보에 한함(아래 명시된 자료만 원함):

기간

이 기록에 대한 날짜(언제부터 언제까지) : _____ Date

제한

이 의료 정보의 추가 사용 또는 공개에 대한 허가는 본인으로부터 다른 승인을 받지 않거나 그러한 공개가 법률에 의해 특별히 요구되거나 허용되지 않는 한 부여되지 않습니다.

이 승인의 사본 또는 팩스는 원본과 마찬가지로 효과적이고 유효한 것으로 간주됩니다.

본인은 이 승인의 사본을 받을 권리에 대해 설명을 받았습니다.



환자 이름(PRINT) / 서명 / 날짜

부모/보호자 이름(PRINT)/서명/날짜

환자의 사회 보장 번호

환자의 생년월일

증인 이름(PRINT)/서명/날짜

| | | |
|---|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> LA Jonah | Fax: 213-388-5154 | 3663 W 6th St #103, Los Angeles, CA 90020 |
| <input type="checkbox"/> LA Westmoreland | Fax: 213-315-5195 | 866 Westmoreland Blvd #101, Los Angeles, CA 90005 |
| <input type="checkbox"/> Anaheim | Fax: 714-484-3852 | 408 S Beach Blvd #204, Anaheim, CA 92804 |
| <input type="checkbox"/> Diamond Bar | Fax: 909-480-0201 | 20627 Golden Springs Dr #1B, Diamond Bar, CA 91789 |
| <input type="checkbox"/> Victorville | Fax: 760-552-4472 | 15095 Amargosa Drive, #102, Victorville, CA 92394 |

For questions, please contact Jonah Medical Group · Nanoom Medical Group at (800) 821-5675.



AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION
(의료정보 공개 권한 부여)

환자의 대부분은 그들의 배우자, 부모 또는 자녀와 같은 가족 구성원이 의료정보 및 재정정보를 요청할 수 있도록 허용합니다.

하지만 H.I.P.A.A.에 대한 요구 사항에 따라 우리는 환자의 동의없이 정보를 제공 할 수 없습니다. 타인에게 의료 정보를 원하시면, 의료정보 공개 권한 부여 양식에 서명해야 모든 가족 구성원에게 공개됩니다.

귀하는 아래의 내용을 확인하여 서면으로 이 동의를 취소할 권리가 있습니다. 아래 이름을 인쇄하고 서명하여 요청의 유효성을 검토하십시오.

□ 정보를 본인 말고 타인에게 공개하지 마십시오.

조은병원과 나눔병원은 아래 명시된 사람에게 내 정보를 공개 권한 부여합니다:

1. _____ 환자와의 관계: _____

2. _____ 환자와의 관계: _____

3. _____ 환자와의 관계: _____

4. _____ 환자와의 관계: _____

환자 이름(PRINT) / 서명/날짜

부모/보호자 이름(인쇄) / 서명/날짜



귀하의 정보. 귀하의 권리.

우리의 책임

이 통지는 귀하에 대한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지, 그리고 이 정보에 어떻게 액세스할 수 있는지를 설명합니다. 귀하의 건강 정보에 관해서, 당신은 특정 권리를 가지고 있다. 이 섹션에서는 귀하의 권리와 여러분을 돕기 위한 우리의 책임 중 일부를 설명합니다.

주의 깊게 검토해 주세요.

➤ 의료 기록의 전자 또는 종이 사본 받기

- 귀하는 귀하의 의료 기록 및 당사가 귀하에 대해 가지고 있는 기타 건강 정보의 전자 또는 종이 사본을 보거나 요청할 수 있습니다.
- 당사는 귀하의 요청 후 30 일 이내에 귀하의 건강 정보 사본 또는 요약물을 제공합니다.
- 당사는 합리적인 비용 기반 D 요금을 부과할 수 있습니다.

➤ 기밀 통신 요청

- 가정, 사무실, 휴대 전화 또는 이메일과 같은 특정 방식으로 문의하도록 요청할 수 있습니다.
- 우리는 모든 합리적인 요청에 "예"라고 말할 것입니다.

➤ 사용 또는 공유 를 제한하도록 요청

- 귀하는 치료, 지불 또는 당사의 운영을 위해 특정 건강 정보를 사용하거나 공유하지 말 것을 요청할 수 있습니다.



- 당사는 귀하의 요청에 동의할 필요가 없으며, 귀하의 치료에 영향을 미칠 경우 "아니오"라고 말할 수 있습니다.
- 서비스 또는 의료 용품 전액을 지불하는 경우, 귀하는 당사에 지불 목적 또는 당사의 운영 목적으로 해당 정보를 건강 보험회사와 공유하지 말 것을 요청할 수 있습니다.
- 우리는 법이 우리가 그 정보를 공유하도록 요구하지 않는 한 "예"라고 말할 것입니다.

➤ 정보를 공유한 사람들의 목록 수

- 문의일 이전에 6 년 동안 귀하의 건강 정보를 공유한 시간, 당사가 공유한 사람 및 그 이유를 목록(회계)을 요청할 수 있습니다.
- 당사는 치료, 지불 및 의료 운영에 관한 공개 및 귀하가 요청했을 수 있는 특정 공개를 제외한 모든 공개를 포함합니다.
- 1 년의 회계를 무료로 제공하지만 12 개월 이내에 다른 수수료를 요구하면 합리적인 비용 기반 수수료를 부과합니다.
- 당사는 일반적으로 공중 보건 및 연구와 같은 공익에 기여하는 방식으로 귀하의 정보를 다른 방법으로 공유할 수 있습니다.
- 당사는 이러한 목적을 위해 귀하의 정보를 공유하기 전에 법률로 많은 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은
see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

➤ 이 개인 정보 보호 통지서 사본 받기

전자적으로 수신하기로 선택한 경우에도 언제든지 이 통지서의 종이 사본을 요청할 수 있습니다..



➤ **당신을 위해 행동할 사람을 선택하십시오.**

- 누군가에게 위임장을 주거나 법적 보호자인 경우 해당 사람이 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강 정보에 대해 선택할 수 있습니다.
- 당사는 임명된 사람이 이 권한을 가지고 있으며, 당사가 당사를 대신하여 행동할 수 있는지 확인합니다.

➤ **귀하의 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 불만 제기**

- 페이지의 정보를 사용하여 당사에 연락하여 귀하의 권리를 침해했다고 생각되면 불만을 제기할 수 있습니다.
- 미국 보건복지부 민권담당사무소에 1-877-696-6775 로 전화하거나 방문하거나, 워싱턴 D.C 202021 200 인디펜던스 애비뉴에 서한을 보내 불만을 제기할 수 있습니다. www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/complaints/.
- 당사는 귀하에 대한 불만을 제기한 것에 대해 보복하지 않을 것입니다..

➤ **당사는 일반적으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유하려면 어떻게 해야 합니까?**

- 당사는 일반적으로 다음과 같은 방법으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유합니다.

당신을 치료하십시오

- 당사는 귀하의 건강 정보를 사용하여 귀하를 치료하는 다른 전문가와 공유할 수 있습니다.

예: 의사는 부상을 치료하는 의사가 전반적인 건강 상태에 대해 다른 의사에게 묻습니다.



➤ **조직 운영**

- 당사는 귀하의 건강 정보를 사용하여 당사의 실습을 실행하고, 치료를 개선하고, 필요한 경우 연락할 수 있습니다.

예: 당사는 귀하에 대한 건강 정보를 사용하여 귀하의 치료 및 서비스를 관리합니다.

➤ **서비스에 대한 청구서**

- 당사는 귀하의 건강 정보를 사용하여 건강 보험 또는 기타 기관에서 청구하고 지불할 수 있습니다.

➤ **공중 보건 및 안전 문제 해결**

당사는 다음과 같은 특정 상황에서 귀하에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

- 질병 예방
- 제품 리콜 지원
- 약물에 불리한 반응 보고
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 의심 보고
- 사람의 건강이나 안전에 심각한 위협을 방지하거나 감소시킵니다.

➤ **연구 수행**

- 당사는 건강 연구 목적으로 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다..

➤ **법률 준수**

- 주 또는 연방법에서 연방 개인 정보 보호법을 준수하고 있는지 확인하기 위해 보건 복지부와 정보를 공유하는 경우 귀하에 대한 정보를 공유합니다.



➤ **장기 및 조직 기증 요청에 응답**

- 당사는 귀하에 대한 건강 정보를 기관 조달 기관과 공유할 수 있습니다.

➤ **의료 검사관 또는 장례 책임자와 함께 작업**

- 우리는 개인이 사망 할 때 검사관, 의료 검사관 또는 장례 감독과 건강 정보를 공유 할 수 있습니다.

➤ **근로자 보상, 법 집행 및 기타 정부 요청 해결**

- 당사는 귀하에 대한 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.
 - 근로자 보상 청구
 - 법 집행 목적 또는 법 집행 공무원
 - 법률에 의해 승인 된 활동에 대한 건강 감독 기관과
 - 군사, 국가 안보, 대통령 경호 등 특수정부 기능용

➤ **소송 및 법적 조치에 대응**

- 당사는 법원 또는 행정 명령에 응하거나 소환장에 대한 응답으로 귀하에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

전자 통신 사용 동의서

Jonah Medical Group, Inc. 는 다음과 같은 전자 통신 수단을 사용하여 환자 및/또는 부모/보호자와 통신할 것을 제안했습니다 (적용된 모든 것을 확인하십시오):

이메일

문자 메시지

비디오

환자 포털

기타 (지정해 주세요): _____

Jonah Medical Group, Inc. 는 이러한 방법을 사용하여 전송 및 수신된 정보의 보안 및 기밀성을 보호하기 위해 합리적인 수단을 사용합니다. 의사는 전자 통신의 보안 및 기밀성을 보장 할 수 없습니다, 그러나, 조나 의료 그룹은 1996 의 건강 보험 휴대성 및 책임 법 (HIPAA) 및 질병 통제 및 예방 센터에서 제공하는 HIPAA 개인 정보 보호 규칙을 준수 알고하시기 바랍니다.

환자 인정 및 계약:

부록 A에 설명된 바와 같이 선택한 전자 통신 방법(들)의 사용에 대한 위험, 제한, 사용 조건 및 지침을 읽고 완전히 이해한 것을 인정합니다.

나는 조건에 동의하고 부록 A에 설명된 지침뿐만 아니라 의사 또는 의사의 직원이 그러한 방법을 사용하여 환자와의 통신에 부과 할 수 있는 다른 조건을 따를 것입니다.

암호화 소프트웨어가 전자 통신을 위한 보안 메커니즘으로 사용되는 권고에도 불구하고, 동의 방법을 사용하는 의사 또는 의사 직원과의 통신이 암호화되지 않을 수 있음을 인정하고 이해합니다.

그럼에도 불구하고, 나는 위험의 전체 이해와 이러한 방법을 사용하여 의사 또는 의사의 직원과 의사와 의사와 의사 의사와 의사 의사의사에 게 의사에 동의.

나는 나, 의사 또는 의사의 직원 중 하나가 언제든지 구두 / 서면 통지를 제공 할 때 이러한 방법을 통해 전자통신 의 옵션을 철회 할 수 있음을 인정합니다.

질문이나 우려가 있는 경우 아래 서명하기 전에 의사 또는 의사의 직원에게 문의하십시오.

환자 주소

환자 이메일

환자 홈 전화

환자 휴대 전화

환자 이름(인쇄) / 기호, 날짜

부모/보호자 이름(인쇄) / 기호, 날짜