

지정된 기록 세트에 보관된 개인건강정보(PHI) 접근 요청

저희 환자 포털인 MyChart 는 언제든지 귀하의 다양한 기록에 접근하고 인쇄할 수 있는 간편한 방법입니다. MyChart 를 사용하여 귀하의 기록을 입수해 보십시오.

환자 이름: _____
성 이름 중간 이름 결혼 전 성 또는 기타 이름

생년월일: ____ - ____ - ____ 전화번호: _____
월 일 년

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

이메일 주소(적용되는 경우): _____

공개할 정보:

- 모든 기록
- 퇴원 요약지
- 의무 기록
- 기타 시술 보고서
- 면역 접종 기록
- 이미지/영상/기록
- 병력 및 신체검사정보
- 경과 기록
- 방사선 보고서
- 기타(자세히): _____
- 병리 보고서
- 실험 보고서
- 수술 보고서/기록
- 항목별 대금 청구서

서비스 날짜: _____

형식: 검사 종이 사본 전자 사본

이메일은 보안상 안전한 통신 수단이 아님을 참고하십시오. 이 위험을 기꺼이 감수하고자 할 경우, 요청 시 이메일로 귀하의 기록을 보내드립니다. 위에 귀하의 이메일 주소를 적어주십시오. 그렇지 않은 경우, 기록을 직접 찾아가거나 미국 우편을 통해 제공된 주소지로 기록이 우송됩니다.

공개 대상 정보: 본인 기타(자세히): _____

본인은 이 양식의 사본을 받을 것이며 본인의 요청이 30 일 내로 처리될 것이라는 점을 이해합니다. 본인은 "검사"란에 체크 표시할 경우, 본인의 의료 서비스 제공자와 약속 예약을 잡고, 공개할 것으로 지정된 정보만 검토해야 한다는 점을 이해합니다.

본인은 상기 "사본"란에 체크 표시할 경우, HIPAA 에 따라 소모품, 인력, 우편 및 복사에 대하여 합당한 수준의 비용 기반 수수료를 지불할 책임이 있으며 상기 제공된 주소로 미국 우편을 통해 요청한 정보가 우송될 것이라는 점을 이해합니다.

본인은 본 정보 공개 요청이 거부 또는 축소될 수 있으며 일부만 공개될 수도 있음을 이해합니다. 이러한 경우, 본인은 아래에 기재된 Privacy Office 로 서면 요청서를 제출하여 예일대에서 정한 제 3 의 공인 의료 서비스 전문가에게 본 결정을 검토하도록 요청할 권리가 있습니다.

본인은 거부 접수 날짜로부터 180 일 내에 정보 액세스에 대한 본인의 요청이 최종 거부된 데에 대하여 서면으로 불만 신고를 할 수 있는 권리가 있습니다. Privacy Officer, Yale University, P.O. Box 208255, New Haven, CT 06520-8255

_____ 또는 _____
환자 서명 날짜 환자/법적 후견인/권한을 부여 받은 자 날짜

환자와의 관계

작성된 본 양식을 다음으로 우편이나 팩스로 또는 스캔하여 보내주십시오.