



건강 정보에 대한 접근 요청서

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals는 귀하의 건강 정보에 대한 귀하의 접근 요청을 기록하기 위해 본 양식을 사용합니다.

접근 요청 대상: 사본 현장 확인

요청된 형식: 문서 CD 이메일 기타: _____

공개 방법:

직접 수령 이메일 전송: _____

우편 발송: _____

모든 요청을 할 때 다음 정보가 필요합니다.

접근할 정보:

건강 정보(날짜) _____ 방사선과 보고서(날짜) _____

검사실 검사 결과(날짜) _____ 회복 소견(날짜) _____

청구 기록(날짜): _____ 본인의 전체 의무 기록

기타(구체적으로 기입): _____

다음 정보는 귀하께서 아래에 특별히 각각의 해당 유형을 선택한 경우가 아니라면 공개되지 않습니다.

약물 남용 정보 정신 건강 정보

유전자 검사 정보 HIV 관련 정보

요청한 형식과 포맷으로 저의 건강 정보가 준비될 수 있는 경우, 저는 그러한 형식과 포맷으로 저의 건강 정보에 접근할 권리가 있으며, 제가 요청한 형식과 포맷으로 NYC Health + Hospitals가 제 건강 정보를 준비하지 못할 경우, 판독 가능한 출력본 형식이나 상호 합의한 기타 형식 및 포맷으로 건강 정보를 받게 됨을 이해합니다.

제가 건강 정보를 전자식 사본으로 요청할 경우 요청한 형식 및 포맷으로 준비가 된다면 받게 될 것이며, 불가능하다면 상호 합의했으며 판독 가능한 전자적 형식 및 포맷으로 제공될 것임을 이해합니다.

제가 건강 정보를 현장에서 확인하겠다고 요청할 경우, 건강정보관리부(Health Information Management Department)가 합당하고 시기적절한 방식으로 검토 기회를 마련할 것임을 이해합니다.

제가 건강 정보의 사본을 요청할 경우, 해당 요청에 대해 적정 비용이 실비로 부과될 수 있으며 비용을 부과받기 전에 예상 비용에 대해 안내를 받게 됨을 이해합니다. 또한 제가 비용을 납부할 수 없다고 해도 저의 건강 정보에 대한 접근 요청을 거절당하는 절대 사유가 될 수 없음을 또한 이해합니다.

환자 또는 대리인의 서명: _____ 날짜/시간: _____

환자가 아닌 경우, 대리인의 이름(정자체 기입), 주소, 전화번호를 기입하십시오:

대리인과 환자의 관계/대리인이 수임한 권한:

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____



Request for Access to Health Information

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.

Access Requested: Copies Onsite Inspection

Format Requested: Paper CD Email Other: _____

Method of Release:

Pickup/In Person E-mail to: _____

Mail to: _____

INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS

Information to be Accessed:

Health Information (date(s)) _____ Radiology Reports (date(s)) _____

Laboratory Test Results (date(s)) _____ Progress Notes (date(s)) _____

Billing Records (date(s)): _____ My complete medical record

Other (please specify): _____

The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:

Substance Use Disorder Information Mental Health Information

Genetic Testing Information HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

DATE/TIME: _____

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: _____

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____