



의료기록 사본 발급을 위한 절차 안내

QueensCare Health Centers 에서 귀하에게 건강관리 서비스를 제공할 수 있도록 해주셔서 감사합니다. 귀하의 의료기록을 더욱 신속하게 발급받기 위해 아래 지침과 설명을 읽어보십시오.

캘리포니아주 법률 (AB610)에 따라 건강관리 서비스 제공자에게는 환자의 의료기록 사본 요청 처리에 15 일의 처리기간이(요청 접수일로부터) 허용됩니다. QueensCare Health Centers 의 처리기간은 귀하의 의료기록의 위치에 따라 (외부 참고, 클리닉 내 장소 등) 업무일로 약 15 일입니다.

귀하의 개인 건강기록에 대한 개인정보 및 보안 관련 연방 및 주 법규가 늘어나고 있기 때문에 QueensCare Health Centers 는 귀하의 의료기록 사본 발급 시에 엄격한 지침을 실행하고 있습니다. 다양한 정보원으로부터 의료기록을 안전하게 보호하기 위한 노동 비용을 포함, 이러한 지침 실행에 따른 비용의 증가로 인해 이러한 운영 비용 증가분을 일부 상쇄하려고 QueensCare Health Centers 는 소액의 수수료를 청구하게 되었습니다.

저희는 귀하의 의료기록 요청에 부응하기 위한 서비스 제공자로 BACTES Imaging Solutions 를 고용했습니다. 귀하의 의료기록 사본 요청 및 수수료 납부에 대한 설명이 있는 의료 기록 요청서 패킷 (Medical Record Request Packet)을 (첨부) 제공해 드렸습니다. 귀하의 요청을 처리하기 위해서는 다음의 두 가지 서류를 작성하신 후 – 함께 – 정보 공개 담당자에게 제출해 주십시오.

- 건강정보 사용 또는 공개 승인서 양식
- 의료기록 요청 수수료 납부서 양식 및 \$15.00 선불 납입금

다음 사항에 유의하십시오:

- 저희는 승인서 또는 납부서 양식을 팩스로 접수하지 **않습니다**.
- 저희는 현금을 받지 **않습니다**. 수표, 머니오더 또는 신용카드로만 지불이 가능합니다.
- 귀하의 승인서가 제대로 작성되지 않았거나 내용이 누락된 경우 귀하의 요청 처리기간에 영향을 주고 기간이 지연될 수 있습니다. 만약 당신의 신청이 완성 되지 않으면 환자 서비스 센터의 직원이 알려 드립니다; **완벽하지 못한 신청은 30 일 후에 무효 처리 됩니다**.

귀하는 요청서 패킷을 아래 주소로 QueensCare Health Centers 정보 공개부에 우편으로 보내시거나 직접 제출하실 수 있으며 또는 편리한 위치에 있는 **QueensCare Health Centers** 중 한 곳에서 패킷을 작성하신 후 그곳에 제출하실 수도 있습니다. 클리닉에서는 귀하의 요청서를 아래 주소에 있는 **정보 공개부**로 전달할 것입니다:

QueensCare Health Centers
Attn: Call Center
950 S. Grand Ave., 2nd Floor South
Los Angeles, CA 90015

저희 직원이 귀하가 첨부 양식을 작성하는 것을 도와드리고 필요한 정보에 대한 귀하의 질문에 답변해 드릴 것입니다. 첨부된 양식을 제출하신 후에 귀하의 기록의 상태에 대한 질문이 있으신 경우 환자 서비스 센터, 안내번호 800.560.3800 번으로 문의하십시오. 전화하시기 전에 업무일로 3 일을 기다려 주십시오.

귀하에게 서비스를 제공하도록 해주셔서 감사합니다.

QueensCare Health Centers



의료기록 요청 시 알아두실 사항

미국과 캘리포니아 법률이 귀하의 의료기록을 포함하고 있는 개인 건강정보를 포함, 귀하의 개인정보를 부정하게 사용하려는 사람들로부터 귀하, 즉 소비자를 보호하기 위해 제정되었습니다.

모든 의료 서비스 제공자들은 정보 공개 취급에 있어 저마다의 프로세스와 절차를 가지고 있습니다. QueensCare Health Centers에서는 귀하의 연방 및 주 정부에서 규정된 엄격한 지침을 준수하여 정보 요청에 대해 표준적인 기록 및 의료정보 세트를 제공합니다.

귀하에게 제공되는 의료정보는 귀하가 상쇄하려고 QueensCare Health Centers에서 치료받는 동안 귀하에게 제공된 치료를 기록하고 있습니다. 다음의 내용은 의료기록 요청 실행 시 상쇄하려고 QueensCare Health Centers가 제공하는 정보 종류와 이에 대한 간략한 설명입니다.

☞ 중요 사항:

QueensCare Health Centers는 법률에 따라 **요구된 최소한의 정보**를 제공해야 하며 귀하가 **명확하게** 요청하고 QueensCare Health Centers 승인서 양식에서 승인한 정보 외에는 다른 정보를 제공할 수 없다는 점에 유의하십시오. 명확한 지침이 없는 경우, QueensCare Health Centers는 일(1)년간의 아래와 같은 관련 정보를 제공합니다.

제공되는 정보

- **클리닉 노트:** 건강관리 서비스 제공자가 환자의 차트에 메모를 작성하기 위해 적용한 문서기록 방법.
- **병력 및 신체 검사 (H&P):** 환자의 현재 건강상태에 대한 관련 정보들을 기록한 보고서. 정보에는 개인 및 가족 병력과 환자의 현재 상태를 관리할 수 있도록 충분히 자세한 내용의 기관계 검사 내용이 포함됩니다.
- **진찰:** 환자에 대한 진단, 예후, 치료를 기록한 보고서.
- **실험실:** 환자에게 실행된 가장 최근의 실험실 보고서.
- **방사선과:** 방사선과 보고서 전체 (CT 스캔, MRI, 초음파, X-레이, 핵의학 연구).
- **진단 연구:** 심장에 관한 가장 최근의 심전도, 초음파 심장 진단도 및 보고서.
- **수술 / 병리학:** 수술의 모든 측면을 기록한 수술 보고서와 제거된 시료 및 진단을 위해 보내진 시료에서 알아낸 사실.

제공되지 않는 정보

청구서, 필름, 병리학 슬라이드 또는 외부 기록.

위의 정보는 관련 부서에 직접 연락을 취해서 받을 수 있습니다.



건강 정보 이용 또는 공개 승인서

이 문서 작성을 완료하는 것은 귀하의 건강정보 공개 및 이용을 승인하는 것입니다. 요청되는 모든 정보를 제공하지 않으면 본 승인서가 무효화될 수 있습니다.

성:	이름:	중간이름:	생년월일:
----	-----	-------	-------

건강정보 이용 및 공개

본인은 아래 서술한 바와 같이 본인의 건강정보를 이용 또는 공개하는 것을 승인합니다.

정보 제공을 승인 받은 개인/기관	정보 받는 것을 승인 받은 개인/기관
이름: _____	이름: _____
에이전시/기관: _____	에이전시/기관: _____
주소: _____	주소: _____
시/주/우편번호: _____	시/주/우편번호: _____
전화: _____ 팩스: _____	전화: _____ 팩스: _____

본 승인서는 다음의 정보에 해당됩니다:

- a. 본인의 병력, 정신 또는 신체 상태 및 받은 치료와 관련된 모든 일반 정보 (_____ 부터 _____ 까지)
 - 특정 상해 또는 치료에 관한 정보 (_____ 부터 _____ 까지)
 - X-레이 (_____ 부터 _____ 까지): 보고서 필름
 - 실험실 결과 (_____ 부터 _____ 까지):
 - 미성년자의 기밀(12-17 세)방문 안내 (다음 페이지도 서명요함)
 - 직원 의료기록 (고용 이전 및 연례 정기 건강검진 기록 포함)
 - 기타: _____

b. 본인은 특히 다음의 정보 공개를 승인합니다 (해당 사항에 표시)

- 정신 건강 치료 정보¹
- HIV 테스트 결과
- 알코올/마약 치료 정보

주: 심리요법 기록 공개 또는 이용을 위해서는 별도의 승인서가 필요합니다.

이용 또는 공개의 목적

- 환자의 요청 (건강보험 제공자 또는 건강보험 플랜이 승인을 요청한 경우 이 옵션은 무효입니다)
- 기타 (설명하십시오): _____

만료

¹ Lanterman-Petris-Short Act의 적용을 받는 정신건강 정보를 제3자, 의사, 면허를 받은 심리학자, 사회복지학 석사학위를 보유한 사회복지사 또는 환자를 담당하고 있는 결혼 또는 가족 치료사에게 공개하는 것을 요청하는 경우, 환자는 정보 공개를 승인해야 합니다. 정보 공개가 승인되지 않은 경우, 그 이유도 문서화되어야 합니다.

본 승인서는 다음 해당사항에 따라 만료됩니다 (하나를 선택하십시오):

- 90일 이내 또는 승인된 정보가 공개된 시점 중 먼저 발생하는 시점
 연구 종료 시 (단 승인이 연구를 위해 정보를 사용/공개하기 위한 것인 경우에만 해당)

건강보험 제공자 또는 건강보험 플랜이 승인을 요청하는 경우에만 다음 질문에 답하십시오.

제공자 또는 플랜이 요청한 정보를 이용 또는 공개하는데 대한 보상을 받게 됩니까? 예
 아니오

본인의 권리

- 본인은 본 승인서가 아래 날짜에 또는 아래 날짜 이전에 받은 치료 또는 서비스에만 해당되며 그 날짜 이후의 치료 또는 서비스에는 해당되지 않는다는 것을 이해하고 있습니다.
- 본인은 본 승인서에 서명을 거부할 수 있습니다. 어떤 치료, 지불, 가입 및 혜택을 받을 자격 여부도 본 승인서 제공 또는 제공 거부를 조건으로 하지 않습니다 (연구 관련 치료, 제 3자에 대한 공개를 위한 건강정보 생성만을 목적으로 하는 등록 전 언더라이팅 또는 위험 측정 또는 건강보험 제공의 경우는 제외) 어떤 경우에도 본인은 심리요법 기록 공개를 승인하도록 요구받지 않을 것입니다.
- 본인은 언제라도 본 승인서를 철회할 수 있습니다. 그러나 철회 의사는 서면으로 작성하고 직접 서명하여 **QueensCare Health Centers, 950 S. Grand Ave., 2nd Floor South, Los Angeles, CA 90015** 로 송부해야 합니다. 본인의 철회는 철회 의사를 받은 시점에 발효됩니다. 그러나 본 승인서에 응하여 이미 공개된 정보에는 해당되지 않습니다.
- 본인은 본 승인서 사본을 받을 권리가 있습니다. 건강보험 플랜 또는 의료서비스 제공자가 승인을 요청한 경우, 본인은 이 양식에 서명한 후 이 양식 사본을 제공받아야 합니다.
- 본인은 본 승인서에 따라 공개된 정보가 정보를 받은 당사자에 의해서 재공개될 수 있으며 더 이상 연방 개인정보 보호법 (HIPAA)의 보호를 받지 않는다는 것을 이해하고 있습니다. 그러나 캘리포니아주 법률은 본인의 건강정보를 받은 당사자가 그 정보를 추가 공개하는데 대한 본인의 승인을 받지 못했거나 그러한 공개가 법률에 의해 명시적으로 요구 또는 허가되지 않은 경우에는 추가로 공개하는 것을 금지하고 있습니다.
- 본인은 이 양식에 설명된 정보를 검토 또는 사본을 받을 수 있습니다.

서명:

환자/법률 대리인 서명 _____ 날짜 _____

환자/법률 대리인 이름 (정자체로 기입) _____ 법률 대리인의 경우, 환자와의 관계 _____

미성년자의 승인 (미성년자의 민감한 서비스에 관한 정보 공개를 위한 승인을 필요로 함):

미성년자 서명 _____ 날짜 _____

Medical Provider Approval/Comments (required for release of Mental Health treatment info.)

Request approved by: _____ Date: _____

If denied, state reason why: _____

Comments: _____

Delivery method: CD Mail Pick-up at Processing Center

Pick-up at _____
 Name of Health Center

Authorization received by: _____ on: _____



의료기록 발급 수수료 납부서

캘리포니아 민법 123110: 캘리포니아 환자들의 건강 기록에 대한 접근, 조사 및 복사; (b)항 추가적으로 모든 환자 또는 환자의 대리인은 건강관리 서비스 제공자에게 복사할 기록을 명시한 서면 요청서를 복사 비용에 대한 수수료와 함께 제시함으로써 환자가 조사할 권리를 가진 그 환자 기록의 전체 또는 일부를 복사할 수 있다. 단 복사 비용은 페이지당 (\$.25)를 초과할 수 없다.

날짜: _____

환자 기록 #: _____

환자 이름: _____

주간 연락처 #: _____

지불 방법 (환자가 빠짐없이 작성) 현금으로 지불 불가

수표 (수령인: Bactes) 머니오더 신용카드 (MC, Visa, AMEX)

수표/머니오더 #: _____

신용카드 번호: _____

만기일자: _____

3 자리수 보안코드: _____

청구 되는 금액: _____

신용카드 소유자 이름: _____

신용카드 소유자 서명: _____

환자 청구지 주소: _____

의료기록 사본 발급 표준 (최대 15 업무일) 프로세싱 수수료:

1-60 페이지 = \$15.00 (발급 요청 시 납부)

60 페이지 초과 시 = 페이지당 \$0.25

참고하시기 바랍니다, 고객님의 추가 배송과 팩케지 (Shipping and Handling) 비용은 Bactes 에서, 별도로 청구서를 보냅니다.

For Office Use Only:

Total Page Count _____ less 60 pages = _____ remaining pages.

Remaining pages of _____ @ \$0.25 per page = **Total amount due:** \$ _____

Date patient notified of charges: _____ Total pages copied: _____