AdvocateAuroraHealth
Korean

Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____

or Affix Label

CARE EVERYWHERE® 거부/동의 요청서

연방 및 주 법률에 따라, 의료 서비스 제공자는 다른 병원, 의사 및 의료 서비스 제공자가 귀하를 치료할 필요가 있을 때 귀하의 서면 허가 없이도 건강 정보의 대부분을 공개할 수 있습니다. 귀하를 치료하는 의사 간에 귀하의 건강 정보를 공유하는 것은 귀하 치료의 연속성과 조정에 도움이 되며 중복 검사를 줄일 수 있습니다.

지금까지는 전화, 우편 또는 팩스를 사용하여 의료 기록을 공유했습니다. 이제 신기술을 통해 건강 정보를 전자식으로 안전하게 공유할 수 있습니다. 이 정보를 전자적으로 공유하는 한 가지 방법은 *Care Everywhere* 로, 이는 Advocate Aurora Health (AAH)와 동일한 전자 의료 기록 시스템을 사용하는 참여 의료 제공자가 이용할 수 있습니다.

AAH 건강 정보의 대부분은 귀하가 서면으로 거부를 요청하지 않는 한 자동으로 *Care Everywhere* 에 포함됩니다. *Care Everywhere* 에서 귀하의 건강 정보를 제외하려면 해당 거부 양식에 서명해야 합니다. *Care Everywhere* 를 통해 수집할 수 없는 정보의 예로는 약물 남용 치료, 성범죄/법의학적 기록 및 행동 건강 치료 기록이 있습니다.

앞으로 거부 여부를 변경하려면 새 양식을 작성하여 해당 지역 AAH 건강 정보 관리 부서 *(Health Information Management)*

(의료 기록) 로 보내야 합니다. 귀하의 요청은 수령 후 5영업일 이내에 처리될 것입니다.

정자체로 작성

이름 *(First Name)*	중간 이름 *(MI)*	성 *(Last Name)*
생년월일(월/일/년) *(Date of Birth) (mm/dd/yyyy)*		낮 시간대 연락 가능 전화 *(Daytime Phone)*

수신 거부 옵션을 선택하면 AAH **및** AAH 전자 기록을 사용하기로 계약한 다른 모든 법인에 대해 Care Everywhere 를 거부하게 됩니다.

☐ **탈퇴:** 본인은 본인의 Advocate Aurora Health 정보가 *Care Everywhere* 에서 제외되는 것을 요청합니다. 본인은 해당 요청으로 인해 다른 의료 서비스 제공자가 정보를 공개하기 위해 이미 취해진 조치가 있는 경우를 제외하고는 *Care Everywhere* 를 통해 본인의 건강 정보를 수집할 수 없다는 것을 의미하며, **다른 방법을 통해서는 정보를 수집할 수 있음을 이해합니다.** *(Opt Out)*

☐ **내 탈퇴 취소:** 본인은 이전에 *Care Everywhere* 에 대해 거부를 선택했고, 제 Advocate Aurora Health (AAH) 건강 정보가 다른 의료 서비스 제공자에게 전자식으로 제공되는 것을 허용하지 않았습니다. 본인은 이제 동의를 선택하고 AAH 건강 정보를 전자식으로 사용할 수 있도록 허용합니다. 해당 박스를 선택하고 양식에 서명함으로써 본인은 건강 정보를 Care Everywhere 에서 제외하겠다는 이전 요청을 취소합니다. *(Reverse my Opt Out)*

환자/권한 보유자

날짜: _____ 시간: _____ 대표자 서명: _____

(Date) *(Time)* *(Patient/Authorized Representative Signature)*

승인받은 대리인의 경우, 환자와의 관계: _____

(If Authorized Representative, Relationship to Patient)

정자체로 작성한 대리인의 이름: _____

(Print Representative Name)

CARE EVERYWHERE ® : 전자적 정보 공유

연방 및 주 법률에 따라, 의료 서비스 제공자는 다른 병원, 의사 및 의료 서비스 제공자가 귀하를 치료할 필요가 있을 때 귀하의 서면 허가 없이도 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 해당 공유는 진료 조정에 도움이 됩니다. 지금까지 해당 공유는 전화, 우편 또는 팩스를 사용하여 수행되었습니다. 이제 우리는 건강 정보를 전자적이고 안전하게 공유할 수 있는 기술을 보유하고 있습니다. 케어 에브리웨어 (Care Everywhere) 라고 합니다.

자주 하는 질문

Care Everywhere 란 무엇인가요?

답변: Care Everywhere로 다른 조직의 의사 및 간호사가 환자의 건강 정보를 전자식으로 공유할 수 있습니다. 이는 다른 의료 서비스 제공자와 환자 건강 정보를 안전하게 공유하는 데 사용되는 전자 의료 기록 내 도구입니다. Care Everywhere에 참여한 사람들은 Care Everywhere 관리를 받을 수 있습니다. 여행 중이거나, 응급 처치가 필요하거나, 지역 사회의 다른 의료 서비스 제공자를 방문하는 경우 등, Care Everywhere로 인해 귀하의 건강 상태에 대한 더 많은 정보에 액세스하여 의료적 요구를 더욱 훌륭히 충족합니다.

질문: 어떤 정보가 공유/사용 가능합니까?
답변: 환자 건강 정보에는 전자 건강 기록에 있는 대부분의 정보가 포함됩니다. 그러나 특정한 유형의 정보는 이러한 방식으로 공유되지 않습니다.
질문: 어떤 유형의 정보가 Care Everywhere를 통해 공유/사용 가능하지 않습니까?
답변: Care Everywhere를 통해 공유되지 않는 정보는 다음과 같습니다:

- 행동 건강 치료
- 약물 남용 프로그램 서비스
- 성범죄/법의학적 기록

또한, 저희는 이러한 방식으로 다른 국가와 환자 기록을 전자적으로 공유할 수 없습니다. 해당 공유 절차에는 귀하의 정보 공개를 위해 서명된 환자 승인이 필요합니다. Care Everywhere를 통해 사용할 수 없는 기록은 해당 시설에서 별도로 요청해야 합니다.

질문: Care Everywhere에서 내 정보를 열람할 수 있는 사람은 누구입니까?
답변: 의료 서비스를 받는 중에 귀하의 의료 서비스에 관련된 의료 서비스 전문가만 귀하의 정보를 열람할 수 있습니다. 해당 의료 전문가는 귀하의 진료 및 치료를 조정하기 위해서만 귀하의 정보에 액세스할 수 있습니다.

질문: Care Everywhere에 어떻게 가입할 수 있습니까?
답변: Care Everywhere에는 가입 절차가 없습니다. 치료 목적으로 환자 정보를 공유하는 것은 승인된 의료 정보 사용입니다.

질문: Care Everywhere에 참여하고 싶지 않으면 어떻게 해야 합니까?
답변: 등록 과정에서 환자 액세스 팀 일원에게 Care Everywhere 거부 요청을 원함을 알려주십시오. Care Everywhere 거부를 언제든지 변경/취소하기로 결정했다면, 거부 요청을 작성하고 지역 Advocate Aurora Health 정보 관리(의료 기록) 부서로 보내면 됩니다.

질문: Care Everywhere 관련 선택 사항은 언제 반영되나요? 답변: Care Everywhere **옵션을** 업데이트하는 데 최대 5일이 걸릴 수 있습니다.
질문: Care Everywhere를 거부한다면, 다른 의료 서비스 제공자가 서면 동의 없이는 제 건강 정보를 수집할 수 없다는 뜻입니까?
답변: 아닙니다. 귀하의 진료에 관여하는 다른 의료 서비스 제공자가 요청한다면, 귀하의 서면 동의 없이 주 및 연방 법률에 따라 대부분의 건강 정보에 대한 액세스가 허용됩니다. 해당 정보는 전화, 우편 또는 팩스를 통해 공유됩니다.

Care Everywhere는 Epic Systems Corporation의 상표입니다.