

환자 등록 양식

환자 정보			
성명:	생년월일 (월-일-년도): - -		
주소:			
도시:	주:	우편번호:	SSN:
집 전화번호:	휴대전화 번호:	직장 전화번호:	
성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타		결혼 상태:	
이메일 주소:			
의사 / 진료 소개 정보			
주치의(PCP):	전화번호:		
진료 소개 의사(PCP가 아닌 경우)	전화번호:		
시설 정보			
전문 간호 시설 <input type="checkbox"/> 에 <input type="checkbox"/> 아니요 호스피스 <input type="checkbox"/> 에 <input type="checkbox"/> 아니요			
시설명:			
시설 주소:			
의료적 의사 결정자 & 재정 책임자 (환자가 아닌 경우)			
보호자: <input type="checkbox"/> 위임장: <input type="checkbox"/> 기타: <input type="checkbox"/> 명시해 주십시오: <i>환자와의 관계를 확인할 수 있는 문서를 제공해 주십시오.</i>			
성명:			
주소:			
생년월일 (월-일-년도): - -		전화번호:	SSN:
위에 기재된 사람에게 환자에 대한 재정적 책임이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 아닌 경우 아래 정보를 기재해 주십시오.			
성명:		생년월일 (월-일-년도) - -	
주소:		전화번호:	
비상 연락처 정보 (위에 언급된 사람과 다른 경우)			
성명:		관계:	전화번호:

정보 공개 및 혜택 배당 선언:

이로써 본인은 본인의 보험 청구를 처리하고, MEDICARE 및/또는 기타 보험 제공자로부터 제공받은 서비스에 대해 받은 모든 지급금을 의사에게 배당하는 데 필요한 모든 의료 정보의 공개를 승인합니다. 본인은 상기 조건을 이해하고 동의합니다.

환자 또는 환자 대리인의 서명

날짜

환자 대리인 성명(인쇄체) 및 환자와의 관계

약물, 알레르기, 수술

약물 알레르기? [] 예 [] 아니오	수술? [] 예 [] 아니오
약물 알레르기에 대해 예로 답한 경우 아래 공간에 모든 약물 및 반응 목록을 작성하십시오. (예시: 페니실린, 설파제, NSAIDs, 등)	수술에 예로 답한 경우 아래에 모든 수술 목록을 기입하십시오. (예: 편도선 절제술, 맹장 절제술, 백내장 등)

과거 병력

입원한 적이 있습니까? [] 예, 아래에 날짜와 이유를 작성하십시오. [] 아니오	
날짜	이유

다음 중 진단을 받은 적 있는 항목이 있습니까? (해당하는 항목을 모두 고르십시오)

<input type="checkbox"/> 빈혈 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 암(아래 명시) <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 대장염 <input type="checkbox"/> 크론병 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 폐기종 <input type="checkbox"/> 간질(발작)	<input type="checkbox"/> 갑상선증 <input type="checkbox"/> 심잡음 <input type="checkbox"/> 심장 문제 <input type="checkbox"/> 간염 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 고콜레스테롤 <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> 갑상선기능저하증 <input type="checkbox"/> 고빌리루빈혈증 <input type="checkbox"/> 신장 질환	<input type="checkbox"/> 신장 결석 <input type="checkbox"/> 백혈병 <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 건선 <input type="checkbox"/> 폐색전증 <input type="checkbox"/> 류마티스열 <input type="checkbox"/> 위궤양 또는 소화성 궤양 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 결핵
--	---	--

기타 의료 상태:

--

사회적 내력

(해당하는 항목을 모두 고르십시오)

<input type="checkbox"/> 흡연, 하루 _____ 갑, _____ 년 동안. <input type="checkbox"/> 술 <input type="checkbox"/> 불법 약물, 명시: _____

일반적 문제 검토

지난 한 달 동안 다음과 같은 문제를 겪으셨습니까? (해당하는 항목을 모두 고르십시오)

<p>일반 사항</p> <input type="checkbox"/> 최근 체중 증가 <input type="checkbox"/> 최근 체중 감소 <input type="checkbox"/> 피로 <input type="checkbox"/> 허약함 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 식은땀	<p>목</p> <input type="checkbox"/> 잦은 인후통 <input type="checkbox"/> 목쉼소리 <input type="checkbox"/> 삼키기 어려움 <input type="checkbox"/> 턱 통증	<p>위장</p> <input type="checkbox"/> 메스꺼움 <input type="checkbox"/> 속쓰림 <input type="checkbox"/> 복통 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 고빌리루빈혈증 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 지속적인 설사 <input type="checkbox"/> 혈변 <input type="checkbox"/> 검은 변	<p>귀</p> <input type="checkbox"/> 귀 속 울림 <input type="checkbox"/> 청력 상실
<p>근육/관절/뼈</p> <input type="checkbox"/> 마비 <input type="checkbox"/> 관절통 <input type="checkbox"/> 근력저하 <input type="checkbox"/> 관절 종창	<p>심장 및 폐</p> <input type="checkbox"/> 가슴 통증 <input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 호흡 곤란 <input type="checkbox"/> 실신 <input type="checkbox"/> 다리/발 부종 <input type="checkbox"/> 기침	<p>신경계</p> <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 현기증 <input type="checkbox"/> 기절/의식 상실 <input type="checkbox"/> 저림 또는 따끔거리는 기억 상실	<p>혈액</p> <input type="checkbox"/> 빈혈 <input type="checkbox"/> 혈전
<p>눈</p> <input type="checkbox"/> 통증 <input type="checkbox"/> 발적 <input type="checkbox"/> 시력 상실 <input type="checkbox"/> 복시/시아 흐림 <input type="checkbox"/> 안구건조	<p>피부</p> <input type="checkbox"/> 발적 <input type="checkbox"/> 발진 <input type="checkbox"/> 결절/타박상 <input type="checkbox"/> 탈모 <input type="checkbox"/> 손이나 발의 색 변화	<p>신장/생식기/방광</p> <input type="checkbox"/> 잦은/고통스러운 배뇨 <input type="checkbox"/> 소변 내 혈액 <input type="checkbox"/> 발기부전 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 감염	<p>정신과</p> <input type="checkbox"/> 우울증 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 기분 변화 <input type="checkbox"/> 불면증 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 방향 감각 상실

가족력 가족 중 다음 문제를 진단받은 사람이 있습니까?

<p>아버지</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 황반 변성 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<p>형제</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 황반 변성 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<p>딸</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 황반 변성 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____
<p>어머니</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 황반 변성 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<p>자매</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 황반 변성 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<p>아들</p> <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 황반 변성 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____

동공 확장 점안액 정보

동공 확장 점안액은 안과 의사가 눈 내부를 더 잘 볼 수 있도록 눈의 동공을 확장하거나 확대하는 데 사용됩니다.

동공 확장 점안액은 사람마다 시야 흐림을 경험하는 기간이 다르며, 밝은 빛이 거슬리는 현상을 겪을 수 있습니다. 안과 의사는 점안액이 시력에 얼마나 영향을 미칠지 예측할 수 없습니다. 검사 직후에는 운전이 어려울 수 있으므로 직접 운전하지 않는 것이 좋습니다.

급성 폐쇄각 녹내장과 같은 부작용이 동공 확장 점안액으로 인해 유발될 수 있습니다. 이는 매우 드물며, 즉각적인 치료가 가능합니다.

이로써 본인은 Acuity Eye Group 및/또는 본인이 지정한 도우미의 동공 확장 점안액 투여를 승인합니다. 동공 확장 점안액은 본인의 상태를 진단하는 데 필요합니다.

환자(또는 환자를 위해 서명하도록 승인된 사람)

날짜

증인

날짜

환자 이름(정자체): _____

의사 소유권 공개

본 고지에서는 당사가 어떻게 소유되고 운영되는지 설명합니다. 고지에 포함된 정보를 주의 깊게 검토하십시오. 귀하의 안과 의료 서비스 제공자는 완벽한 안경테 찾기부터 저명한 전문가에 이르기까지 종합적인 안과 진료 서비스를 전담하는 당사에 속한 직원입니다. 당사는 귀하의 건강을 우선시하는 의사가 소유하고 있으며, 최고 품질의 치료 및 결과를 제공하기 위해 조정하는 전문가가 관리합니다.

당사에 속하지 않은 의료 제공자의 진찰을 받고자 하는 경우 프론트 데스크나 보험 제공자에게 해당 지역의 안과 전문의 목록을 요청하십시오.

Acuity Eye Care에는 Acuity Optical, Retina Institute of California Medical Group, California Clinic Management 및 아래 외래 수술 센터 목록이 포함됩니다.

1. San Gabriel Ambulatory Surgery Center L.P.; Renaissance ASC, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Orange ASC; 그리고 Premiere ASC, Inc는 42 CFR § 416에 따라 "의사가 소유한 외래 수술 센터"의 정의와 일치합니다.

외래 수술 센터는 다음 의사들이 부분적으로 소유하고 있습니다.

- Tom Chang, M.D.
- Mike Samuel, M.D.
- Mike Davis, M.D.
- Anthony Culotta, M.D.
- Reid Wainess, M.D.
- Lily Lee, M.D.
- Kevin Suk, M.D.
- Josh Morrison-Reyes, M.D.
- Jessica Boeckman, M.D.
- Brian Chen, M.D.

2. 귀하는 의료 서비스 제공자를 선택할 권리가 있습니다. 당사는 다음 외래 수술 센터가 귀하의 요구를 충족시킬 수 있다고 생각하지만, 귀하는 이러한 외래 수술 센터 외 시설을 이용할 수도 있습니다. 귀하가 다른 시설을 이용하기로 선택한 경우에도 귀하의 의사는 귀하를 다른 방식으로 치료하지 않을 것이지만, 담당 의사가 해당 시설에서 권한을 유지하지 않는 경우 대체 시설에서 시술을 수행하지 못할 수 있습니다.

본 고지와 관련하여 질문이 있는 경우 담당 의사나 Acuity Eye Group 팀원에게 언제든지 문의하십시오.

아래에 서명함으로써 귀하는 이 통지를 받고 이해했습니다.

서명

날짜

지불 정책

안과 의료 서비스 제공자로 저희를 선택해 주셔서 감사합니다. 저희는 양질의 의료 서비스를 합리적인 가격에 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 일부 환자에게 제공된 서비스에 대한 환자 및 보험 책임에 대해 질문을 받게 되어, 당사는 본 지불 정책을 개발하도록 권고받았습니다. 읽어보시고 궁금한 사항이 있으면 문의하신 후 마련된 공간에 서명해 주십시오. 요청 시 사본을 제공해 드립니다.

1. 보험. 당사는 Medicare를 포함한 대부분의 보험에 가입하고 있습니다. 귀하가 당사와 거래하는 플랜의 보험에 가입되어 있지 않은 경우 방문할 때마다 전액을 지불해야 할 것으로 예상됩니다. 귀하가 당사와 계약된 상품의 보험에 가입되어 있지만 최신 보험 카드가 없는 경우 귀하의 보장 범위를 확인할 수 있을 때까지 방문할 때마다 전액을 지불해야 합니다. *보험 혜택에 대한 인지는 귀하의 책임입니다.* 보장에 관한 질문이 있을 시 보험 회사에 문의하십시오.

2. 코페이먼트 및 공제액. 모든 코페이먼트 및 공제액은 서비스 시점에 지불해야 합니다. 본 약정은 보험사와의 계약의 일환으로 이루어집니다. 환자에게 당사 지분의 코페이먼트 및 공제액을 받지 않는 행위는 사기로 간주될 수 있습니다. 진료 방문마다 코페이먼트를 지불하여 법률 준수를 도와주십시오.

3. 비보장 서비스. 귀하가 받는 서비스 중 일부 또는 전부는 보장되지 않거나, Medicare 또는 기타 보험사에서 합당하거나 필요하지 않은 서비스로 간주할 수 있습니다. 이러한 서비스에 대해서는 방문 시 전액을 지불해야 합니다.

4. 보험가입증명서. 모든 환자는 의사를 만나기 전에 환자 정보 양식을 작성해야 합니다. 당사는 보험가입증명서를 제공하기 위해 귀하의 운전 면허증과 현재 유효한 보험증명서의 사본을 확보해야 합니다. 올바른 기한 내에 올바른 보험 정보를 제공하지 못한 경우 청구 금액에 대한 책임이 귀하에게 있을 수 있습니다.

5. 보험금 청구 제출. 당사는 귀하의 청구를 제출하고 귀하의 청구 금액이 지급되도록 합리적으로 도울 수 있는 모든 방법으로 귀하를 돕습니다. 귀하의 보험 회사는 귀하가 특정 정보를 직접 제공하도록 요구할 수 있습니다. 보험사 요청 준수는 귀하의 책임입니다. 귀하의 보험 회사의 청구 금액 지급 여부에 관계없이 귀하의 청구 잔액은 귀하의 책임이라는 점에 유의하십시오. 귀하의 보험 혜택은 귀하와 귀하의 보험 회사 간의 계약입니다. 당사는 해당 계약의 당사자가 아닙니다.

6. 보장 범위 변경. 귀하의 보험이 변경되는 경우 다음 방문 전에 알려주시면 최대한 혜택을 받을 수 있도록 적절히 변경할 수 있습니다. 보험 회사가 45일 이내에 청구 금액을 지불하지 않을 시 잔액이 자동으로 귀하에게 청구됩니다.

7. 미지급. 귀하의 청구서가 90일 이상 연체된 경우 20일 이내에 청구서 금액을 전액 지불해야 한다는 서신을 받게 됩니다. 별도로 협의하지 않는 한 부분 지불은 허용되지 않습니다. 잔액이 미납된 경우 귀하의 계정을 미수금 처리 대행 회사에 회부할 수 있습니다. **500달러 이상의 미납 금액을 처리하기 위한 지불 계획을 이행할 의향이 없는 경우 해당 관행에서 제외될 수 있습니다.** 이런 상황이 발생할 시 30일 이내에 대체 의료급여(보험)를 찾아야 한다는 알림을 우편으로 받게 됩니다. 이 30일 동안 당사의 의사는 응급 상황에서만 귀하를 치료할 수 있습니다.

8. 진료 예약 노쇼. 당사 정책에서는 진료 예약일 전 24시간 이내에 취소되거나 일정이 변경되지 않은 노쇼 예약에 대해 비용을 청구합니다. 해당 청구 금액은 귀하의 책임이며 귀하에게 직접 청구됩니다. 정기적으로 예약된 진료 일정을 지킴으로써 더 나은 서비스를 제공할 수 있도록 도와주십시오.

당사 의료진은 환자에게 최상의 치료를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 본 병원의 진료 요금은 지역 내 일반적이고 관례적인 요금입니다.

지불 정책을 이해해 주셔서 감사합니다. 질문이나 우려 사항이 있으면 알려주십시오.

본인은 지불 정책을 읽고 이해했으며 해당 지침을 준수할 것에 동의합니다.

환자 또는 책임자 서명

날짜

Acuity Eye Group 개인정보 보호 관행 고지

본 고지는 귀하의 의료 정보가 사용되고, 공개되는 방법과 귀하가 해당 정보에 접근하는 방법에 대해 설명합니다. 주의 깊게 검토하십시오.

발효일: 3/1/2023

요약

본 문서는 당사가 귀하의 보호된 의료 정보와 귀하의 정보에 관한 귀하의 권리와 선택을 사용하고 공개하는 방법에 대해 요약하고 있습니다. 다음 페이지에서 이에 대해 자세히 설명하겠습니다.

Acuity Eye Group:

귀하의 진료소 또는 수술 센터는 이전에 다른 이름을 사용했을 수 있습니다. Acuity Eye Group은 개인정보 보호 규정을 준수하기 위하여 여러 건강보험 계열사로 구성되어 있습니다.

본 고지는 이전 또는 현재 다음과 같이 알려진 모든 법인에 적용됩니다: Retina Institute of California Medical Group d/b/a Acuity Eye Group; California Clinic Management, LLC; Trilogy Eye Medical Group d/b/a Acuity Eye Group; Friendly Eye Medical Group; West Coast Eye Care; Orange Ambulatory Surgery Center, LLC; Renaissance Ambulatory Surgery Center, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Premiere Ambulatory Surgery Center, Inc; San Gabriel Anesthesia Associates, P.C.; San Gabriel Ambulatory Surgery Center, L.P.; Lily Lee MD, Inc

본 고지가 귀하에게 적용되는지 확실하지 않은 경우 compliance@acuityeyegroup.com으로 문의하십시오

당사 사용 및 공개 정책

당사는 다음과 같은 경우 귀하의 정보를 사용하고, 공개할 수 있습니다:

- 귀하를 치료하는 경우.
- 서비스에 대해 청구하는 경우.
- 당사 조직을 운영하는 경우.
- 연구하는 경우.
- 법규를 준수하는 경우.
- 장기 및 조직 기증 요청에 응답하는 경우.
- 검사관 또는 장의사와 협력하는 경우.
- 근로자 보상, 법 집행 또는 기타 정부 요청을 처리하는 경우.
- 소송 및 법적 조치에 대응하는 경우.

귀하의 선택

귀하는 다음과 같은 경우 당사가 정보를 사용하고 공유하는 방법에 대해 선택할 수 있습니다:

- 귀하와 소통하는 경우.
- 가족과 친구들에게 귀하의 건강 관리에 대해 알리는 경우.
- 당사의 서비스를 광고하는 경우.

귀하의 권리

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 귀하의 종이 또는 전자 보호된 의료 정보 사본을 받아볼 권리.
- 귀하의 보호된 의료 정보를 수정할 권리.
- 일부 경우, 당사가 공유하는 정보를 제한하도록 요청할 권리.
- 귀하의 정보를 공유한 사람들의 목록을 받아볼 권리.
- 기밀 소통을 요청할 권리.
- 해당 개인정보 보호 고지의 사본을 받아볼 권리.
- 귀하를 대변할 사람을 고를 권리.

목적

Acuity Eye Group (AEG 또는 당사)은 귀하의 개인정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 또한 당사는 의료보험의 양도 및 책임에 관한 법률 (PHI) 및 기타 연방법과 주법에 따라 보호된 의료 정보 (HIPAA) 내 개인 정보를 유지해야 하는 법적 의무가 있습니다. 당사는 연방법보다 귀하의 PHI를 더 엄격하게 보호하는 주 개인정보 보호법을 따릅니다.

당사의 책무 및 법적 준수의 일환으로 당사는 귀하에게 본 개인정보 보호 관행 고지 (고지)를 제공합니다. 본 고지 사항은 다음과 같은 내용을 담고 있습니다.

- 보안이 확실치 않은 PHI의 데이터 위반이 있는 경우 이후 귀하에게 통지할 의무를 비롯한 귀하의 PHI에 관한 당사의 법적 의무 및 개인정보 보호 관행.
- 귀하의 PHI에 대해 당사에게 허용된 사용 및 공개.
- 귀하의 PHI에 관한 귀하의 권리

문의

본 고지 사항에 대해 질문이 있는 경우 compliance@acuityeyegroup.com으로 문의하십시오.

PHI 정의

귀하의 PHI는:

- 귀하와 관련한 의료 정보로:
 - 누군가가 귀하를 식별하는 데 사용할 수 있으며; 그리고
 - 당사는 전자, 구두 또는 서면 형식으로 보관하거나 전송할 수 있습니다.
- 여기에는 다음과 같은 정보가 포함됩니다:
 - 성명.
 - 연락처.
 - 과거, 현재 또는 미래의 신체적 또는 정신적 건강 또는 의학적 상태.
 - 건강 관리 제품 또는 서비스에 대한 납입; 또는
 - 처방전.
- 여기에는 고용주가 보유할 수 있는 고용 기록은 제외됩니다.

범위

저희는 귀하에게 치료를 제공하고 특정 법적 요구 사항을 준수하기 위해 귀하가 받는 치료 및 의료 서비스에 대한 기록을 작성합니다. 본 고지는 당사가 생성하는 모든 PHI에 적용됩니다.

당사는 본 고지 사항에서 설명하는 의무 및 개인정보 보호 관행과 변경 사항이 발효될 시 이를 준수합니다.

본 고지 사항의 변경 사항

당사는 본 고지 사항의 조건을 변경할 수 있으며, 변경 사항은 당사가 귀하에 대해 가지고 있는 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지는 요청 시 당사 사무실과 웹사이트에서 제공될 것입니다. 변경된 고지서 사본도 발송해 드립니다.

데이터 위반 알림

당사는 귀하의 PHI의 개인 정보 또는 보안을 위태롭게 할 수 있는 데이터 위반이 발생하는 경우 즉시 고지합니다. 당사는 위반 사항을 발견한 후 법적으로 요구되는 기간 내에 귀하에게 고지할 것입니다. 대부분의 경우 1급 우편으로 서면 통지하거나 귀하가 현재 이메일 주소를 제공했으며, 이전에 전자식 통지를 받는 데 동의한 경우 이메일을 보낼 수 있습니다. 경우에 따라 하기에 자세히 설명된 비즈니스 제휴사가 알림을 제공할 수 있습니다. 연락처 정보가 불충분하거나 오래된, 제한된 상황에서 법적으로 허용되는 대체 형식으로 고지를 제공할 수 있습니다.

귀하의 PHI 사용 및 공개

법률에서는 다양한 이유로 당사가 귀하의 PHI를 사용하거나 공개하도록 허용하거나 요구하며, 본 고지에서 이에 대한 설명을 볼 수 있습니다. 몇 가지 예시를 작성했으나, 허용되는 모든 사용 또는 공개 사례를 나열하지는 않았습니다. PHI를 사용 또는 공개하거나 다른 출처에서 귀하의 PHI를 요청할 시, 당사는 의도한 목적을 달성하는 데 필요하며 최소한으로 귀하의 PHI에 대한 사용, 공개 또는 요청을 제한하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다.

치료, 결제 또는 건강 관리 운영을 위한 사용 및 공개

- **치료.** 당사는 귀하의 PHI를 사용 또는 공개하고 귀하를 치료하는 의사, 간호사, 기술자, 의대생 또는 병원 직원을 비롯하여 귀하를 치료하는 다른 전문가와 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 특정 부상이나 상태에 대해 귀하를 치료하는 의사에게 귀하의 전반적인 건강 상태에 대한 정보를 공개할 수 있습니다.
- **결제.** 당사는 의료 플랜 또는 타 기관에게 비용을 청구하고 지급받기 위하여 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 귀하가 받는 서비스 비용을 지불할 수 있도록 귀하의 PHI를 귀하의 건강 보험 플랜과 공유합니다.
- **의료 서비스 운영.** 진료 행위를 하고, 귀하의 진료를 개선하기 위해 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 받는 서비스를 관리하거나 의료 서비스의 품질을 모니터링하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수 있습니다.

기타 사용 및 공개 정책

당사는 일반적으로 공중 보건 또는 연구 목적을 위해 또는 공익에 기여하기 위해 다른 방식으로 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 당사는 다음과 같은 이유로 귀하의 정보를 공유하기 전에 법률 내 조건을 충족해야 합니다:

- **당사 사업 제휴사.** 당사는 감사, 법률 또는 전사(사업 제휴사)와 같이 당사를 대신하여 서비스를 수행하는 외부 개인 또는 법인에게 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 법률에 따라 사업 제휴사와 그 하도급업체는 당사와 동일한 방식으로 귀하의 PHI를 보호해야 합니다. 또한 당사는 이러한 당사자가 허용된 경우에만 PHI를 사용 및 공개하고 귀하의 PHI를 적절하게 보호하도록 계약상 요구합니다.
- **법률 준수.** 예를 들어, 보건복지부가 개인정보 보호법 준수 여부를 조사할 시 요구하는 경우 귀하의 PHI를 공유합니다.
- **공중 보건 및 안전 활동.** 예를 들어, 귀하의 PHI를 다음의 목적으로 공유할 수 있습니다:
 - 부상, 출생 및 사망 보고.
 - 질병 예방.
 - 약물 또는 의료 기기 제품 결함에 대한 부작용 보고.
 - 아동 방치나 학대, 또는 가정 폭력이 의심되는 경우 보고; 또는
 - 공중 보건 또는 안전에 대한 심각한 위협 방지.
- **법적 조치에 대한 대응.** 예를 들어, 당사는 다음에 대한 대응을 위해 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다:
 - 법원 또는 행정 명령 또는 소환장.
 - 발견 요청; 또는
 - 기타 합법적 절차.
- **연구.** 예를 들어, 임상시험윤리위원회(IRB)가 서면 승인 요구 사항을 면제한 경우와 같이 귀하의 승인이 필요하지 않은 일부 유형의 건강 연구를 위해 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다. 연구에 귀하의 승인이 필요한 경우 귀하가 연구와 정보 공유에 동의한 경우에만 귀하의 정보를 공유합니다.
- **품질 평가:** 당사는 환자에게 최상의 치료 서비스를 제공하기 위해 노력합니다. 다양한 커뮤니티의 니즈를 더욱 잘 이해하고 치료 조정 및 전달을 개선하기 위해 품질 평가 및 개선 활동을 할 수 있습니다. 여기에는 결과 평가 및 임상 지침 개발, 건강 개선 또는 의료 비용 절감과 관련된 인구집단 기반 활동, 프로토콜 개발, 사례 관리 및 치료 조정이 포함됩니다.
- **검시관 또는 장의사.** 예를 들어, 개인이 사망하는 경우 검시관, 검시의 또는 장의사와 PHI를 공유할 수 있습니다.
- **장기 또는 조직 기증.** 예를 들어, 귀하의 승인을 받은 장기 또는 조직 기증 또는 귀하에게 이식을 처리하기 위해 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다.
- **산재 보상, 법 집행 또는 기타 정부 요청.** 예를 들어, 다음의 목적으로 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다:
 - 근로자 보상 청구.
 - 연방 또는 주 기관의 의료 감독 활동.
 - 법 집행 목적 또는 법 집행 공무원; 또는
 - 군대 및 퇴역 군인 활동, 국가 안보 및 정보, 대통령 보호 서비스 또는 의료 적합성과 같은 특수 정부 기능.

- **건강 정보 마케팅 또는 판매.** 마케팅 목적 또는 귀하의 건강 정보 판매를 위한 귀하의 건강 정보의 대부분의 사용 및 공유는 엄격히 제한되며 귀하의 서면 승인이 필요합니다. 귀하는 언제든지 서면으로 승인을 취소할 수 있지만 이전 승인을 기반으로 이미 사용하고 공개한 정보에는 영향을 미치지 않습니다.

귀하의 선택

특정 건강 정보의 경우, 당사가 공유하는 정보에 대한 귀하의 선택 사항을 알려주실 수 있습니다. 하기 설명된 상황에서 당사가 귀하의 정보를 공유하는 방법에 대해 명확히 선호하는 사항이 있는 경우, compliance@acuityeyegroup.com으로 문의하시면 귀하의 지시 내용을 따를 수 있도록 합당한 노력을 기울일 것입니다. 당사의 최선의 판단 및 다음과 같은 경우에 따라 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단되는 경우 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다:

- 의식이 없는 경우와 같이 귀하의 선호 사항을 말할 수 없는 경우.
- 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 줄이기 위해 필요한 경우.

귀하의 권리

귀하의 건강 정보와 관련하여 귀하에게는 특정한 권리가 있습니다. 본 섹션에서는 귀하를 돕기 위한 귀하의 권리와 일부 책임에 대해 설명합니다.

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- **귀하의 PHI 사본을 검사하고 받아볼 권리.** 귀하는 당사가 귀하에 대해 유지 관리하는 PHI의 전자 또는 종이 사본을 보거나 받아 볼 권리가 있습니다(접근성을 요청할 권리). 일부 접근 권한에 대한 설명:
 - 당사는 귀하 또는 귀하의 법적 대리인이 서명하고 날짜를 기입한 온전한 서면 양식을 제출하여 접근 요청을 하도록 요구할 수 있습니다;
 - 귀하는 귀하의 PHI 사본을 가족 구성원, 다른 사람 또는 지정 단체에 제공하도록 요청할 수 있습니다. 당사는 이러한 요청을 서명과 함께 서면/전자 서명된 양식을 제출하고 지정인과 PHI를 보낼 위치를 명확하게 명시할 것을 요구합니다;
 - 귀하는 당사가 정기적으로 귀하가 선택한 제3자에게 귀하의 PHI 사본을 보내도록 요청할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 법적 대리인이 서명하고 날짜를 기입한 온전한 양식을 제출하는 방식으로 이러한 요청을 제출해야 합니다.
 - 귀하가 귀하의 PHI 사본을 요청하는 경우 당사는 일반적으로 15일 이내에 접근권 제공 또는 거부를 결정합니다. 그러나 15일 이내에 조치를 취할 수 없는 경우 서면으로 지연 이유와 귀하의 요청에 대한 조치를 받아볼 예상 시기를 알려드릴 것입니다; 그리고
 - 당사는 특정한 제한된 상황에서 귀하의 접근권 요청을 거부할 수 있지만 귀하의 접근권 요청을 거부하는 경우 결정의 근거가 적힌 서면 거부서를 제공하고, 귀하의 권리를 설명해 드립니다.
- **수정.** 귀하는 정확하지 않거나 부정확하다고 생각하는 귀하에 대해 유지 관리하는 PHI를 수정하거나 수정하도록 요청할 수 있습니다. 이러한 요청이 있는 경우:

- 귀하는 정확하지 않거나 부정확한 PHI를 서면으로/전자적으로 지정하고 귀하의 요청을 뒷받침하는 이유를 제공하여 요청을 제출해야 합니다.
- 당사는 일반적으로 15일 이내에 귀하의 요청을 승인하거나 거부할 것입니다. 15일 이내에 조치를 취할 수 없는 경우 결정을 완료할 것으로 예상되는 시기를 포함하여 지연 이유를 서면으로 제공하며, 이 기간은 추가적으로 30일을 넘지 않습니다. 당사는 요청에 대한 답변 시, 한 번 연장을 요청합니다.
- 귀하가 당사 기록에 포함되지 않거나, 당사가 생성하지 않았거나, 지정된 기록 세트에 포함되지 않거나, 정확하고 완전한 PHI를 수정하도록 요청하는 경우 수정 요청을 거부할 수 있습니다.
- 요청을 거부하는 경우 이유를 서면으로 알려드립니다. 귀하는 거부에 동의하지 않는 서면 진술을 제출할 권리가 있으며, 이 진술을 제출하지 않기로 선택한 경우 수정에 따라 PHI의 향후 공개와 함께 수정 및 거부에 대한 원본 요청을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 그러나 당사는 개인의 비동의 진술에 대한 서면 반박을 준비할 수 있습니다. 당사는 해당 단락에 따라 생성 또는 제출된 자료를 귀하가 지정한 기록에 첨부합니다.
- **추가 제한 요청.** 귀하는 귀하의 PHI에 대해 당사가 사용하거나 공유하는 것을 제한하도록 요청할 권리가 있습니다(제한을 요청할 권리). 귀하는 당사에 연락하여 치료, 결제 또는 수술이나 귀하의 치료에 관련된 특정 사람과 특정 PHI를 사용하거나 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 해당 요청을 서면으로 제출해야 합니다. 이러한 요청이 있는 경우:
 - 당사는 동의할 필요가 없습니다.
 - 귀하의 치료에 영향을 미치는 경우 "아니오"라고 할 수 있습니다; 하지만
 - 제한 요청이 귀하 또는 의료 플랜이 아닌 타인이 전액을 지불한 의료 품목 또는 서비스와 관련된 경우 법에서 달리 요구하지 않는 한 결제 또는 의료 서비스 운영 목적으로 의료 플랜에 정보를 공개하지 않는 데 동의합니다.
- **공개에 대한 설명 요청.** 귀하는 당사가 행한 특정 PHI 공개에 대한 설명을 요청할 권리가 있습니다. 이러한 요청이 있는 경우:
 - 당사는 해당 30일 기간 내 추가로 15일을 요청할 수 있지만, 이러한 경우 한 번만 요청하며, 그 이유를 서면 진술로 설명하고 답변을 보낼 날짜를 알려드립니다.
 - 당사는 치료, 결제 및 의료 서비스 운영에 대한 공개 및 귀하가 요청한 공개와 같은 특정 기타 공개를 제외한 모든 공개를 포함하여 설명합니다.
 - 당사는 1년에 1번 무료로 답변을 제공합니다.
- **기밀 소통 요청.** 귀하는 특정 방식 또는 특정 장소에서 건강 문제에 대해 귀하와 소통하도록 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어 직장이나 특정 주소로만 연락하도록 요청할 수 있습니다. 이러한 요청이 있는 경우:
 - 귀하는 연락을 원하는 방법 또는 장소를 지정해야 하며; 그리고
 - 당사는 합리적인 요청에 대해 수용할 것입니다.
- **귀하를 대변할 사람을 고를 권리.** 귀하가 누군가에게 의료 위임장을 부여했거나 누군가 귀하의 법적 보호자인 경우, 그 사람은 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 PHI에 대한 선택을 할 수 있습니다. 당사는 어떤 조치를 취하기 전에 그 사람에게 이러한 권한이 있으며, 귀하를 대변할 수 있는지 확인합니다.

- **불만 제기.** 귀하는 당사가 귀하의 권리를 침해했다고 생각하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 당사는 불만 제기에 대해 귀하에게 보복하지 않습니다. 다음의 방법으로 불만을 제기할 수 있습니다:
 - compliance@acuityeyegroup.com으로 연락하여 당사에 직접 문의합니다. 모든 불만 사항은 서면으로 제출해야 합니다; 또는 미국 보건복지부의 시민권 사무국에 문의합니다. 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201로 편지를 보내거나 전화 1-877-696-6775; 또는 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/를 방문합니다

수령 확인

본인, _____ (개인 성명)은 _____ (날짜)에 Acuity Eye Group의 개인정보 보호 관행 고지 사본을 받았으며 이를 읽고 이해했음을 확인합니다. 본인은 다음에 대해 이해합니다:

- 본인은 본인의 PHI와 관련하여 개인정보 보호에 대한 특정 권리가 있습니다.
- AEG는 본인의 치료, 결제 및 의료 서비스 운영을 위해 본인의 PHI를 사용할 수 있으며 사용할 것입니다.
- 고지는 AEG가 다른 목적으로 본인의 PHI를 사용하고 공유하는 방법에 대해 자세히 설명합니다.
- 본인은 고지에 기재된 본인의 PHI에 대한 권리가 있습니다.
- AEG는 때때로 고지를 변경할 권리가 있으며 본인은 compliance@acuityeyegroup.com에 문의하여 최신 고지 사본을 받아 볼 수 있습니다

환자 서명 또는 환자 대리인

날짜

생년월일: _____

환자와의 관계: _____

전자 통신 수령 동의서

_____ [이니셜 기입] 본인은 AEG가 일정 알림 또는 기타 AEG 서비스를 위해 본인의 의료 기록 내 전화번호와 이메일을 사용하여 문자, 이메일, 기타 전자 통신으로 연락하는 데 동의합니다.

사무실 전용:

인정을 받기 위한 선의의 노력

환자가 위에 서명한 경우 이 박스에 확인 표시를 하십시오

본인은 HIPAA 개인정보 보호 관행 승인 양식에 대해 환자 또는 환자 대리인의 서명을 얻으려고 시도했으나, 하기 문서와 같이 서명을 받을 수 없었습니다:

이유: _____

성명: _____ 날짜: _____

서명: _____

고지 및 수령과 이해 확인

CMS 오픈 페이먼트 관련 환자 고지

오픈 페이먼트 데이터베이스는 제약 및 의료기기 회사가 의사 및 교육 병원에 지불한 금액을 검색하는 데 사용되는 연방 도구입니다.

연방 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) Open Payments 웹페이지 링크는 <https://openpaymentsdata.cms.gov>이며, 정보 목적으로만 활용 가능합니다.

캘리포니아 의사 면허에 대한 환자 고지 사항

의사는 캘리포니아 의료 위원회에서 면허를 받고 규제를 받습니다.

면허를 확인하거나 불만을 제기하시려면 www.mbc.ca.gov로 이동하고 이메일 licensecheck@mbc.ca.gov, 을 보내거나, (800) 633-2322로 전화하십시오.

환자(또는 환자를 위해 서명하도록 승인된 사람)

날짜

환자 이름(정자체): _____

의사 - 환자 중재 합의

조항 1: 중재 합의: 의료 과실에 관한 모든 분쟁, 즉 본 계약에 따라 제공되는 의료 서비스가 불필요하거나 승인되지 않았거나 부적절하거나 태만하거나 무능하게 제공되었는지 여부에 대한 모든 분쟁은 캘리포니아 법률에 따라 중재에 따라 결정되며, 캘리포니아 법이 중재 절차의 사법적 검토를 규정하는 경우를 제외하고는 소송을 제기하거나 법원 절차에 의존해서는 안 됨을 이해합니다. 본 계약의 양 당사자는 본 계약을 체결함으로써 그러한 분쟁이 법원 내 배심원단 앞에서 결정될 수 있는 헌법상 권리를 포기하고 대신 중재 방식을 수락합니다.

조항 2: 모든 청구는 중재되어야 합니다: 당사자는 본 계약이 환자와 자녀(청구가 발생하는 시점에서의 출생 여부와 관계없음)의 배우자 또는 상속인을 포함하여 의사가 제공하는 치료 또는 서비스로 인해 또는 의사가 제공하는 치료 또는 서비스와 관련하여 청구가 발생할 수 있는 모든 당사자를 구속함을 목적으로 합니다. 임신부의 경우 여기에서 "환자"라는 용어는 어머니와 출산 예정인 자녀를 모두 의미합니다. 의사, 의사 관계자, 제휴사, 협회, 회사 또는 파트너십, 직원, 대리인 및 자산에 대한 소액 청구 법원의 관할 제한을 초과하는 금전적 손해에 대한 모든 청구는 컨소시엄 상실, 부당한 사망, 정서적 고통 또는 징벌적 손해배상에 대한 청구를 포함하되 이에 국한되지 않게 중재되어야 합니다. 환자로부터 수수료를 지불받기 위해 의사가 법원에 소송을 제기하더라도 의료 과실 청구에 대한 중재를 강요할 수 있는 권리를 포기하는 것은 아닙니다. 그러나 의사에 대한 청구 주장에 따라 기존 법원 조치의 대상 여부와 상관없이 수수료 분쟁도 중재에 의해 해결됩니다.

조항 3: 절차 및 준거법: 중재 요구는 서면으로 모든 당사자에게 전달되어야 합니다. 각 당사자는 30일 이내에 중재자(당사자 중재자)를 선택하고 제3의 중재자(중립 중재자)는 어느 한 당사자가 중립 중재자에 대한 요구 날짜로부터 30일 이내에 당사자가 임명한 중재자에 의해 선택됩니다. 중재의 각 당사자는 중립 중재자가 발생했거나 승인한 중재의 기타 비용과 함께 중립 중재인의 비용 및 수수료 중 해당 당사자의 비례 부담금을 지불해야 합니다. 여기에는 변호인 비용, 증인 비용 또는 그러한 당사자 자신의 이익으로 인해 발생한 비용은 제외됩니다. 당사자들은 본 계약에 따라 중재인이 중재인의 자격으로 행동할 때 민사 책임으로부터 법관의 면제를 가짐에 동의합니다. 본 면책은 관습법의 기타 준거 가능한 법령을 보완합니다. 각 당사자는 중립 중재인에게 서면으로 요청에 따라 책임 및 손해 문제를 별도로 중재할 절대적인 권리를 가집니다. 그렇지 않으면 법원 조치에서 적절한 추가 당사자가 될 개인 또는 단체의 본 중재에 대한 개입 및 참여에 대한 당사자의 동의와 그러한 개입 및 참여 시 그러한 추가 개인 또는 단체에 대한 기존 법원 조치는 계속 중인 중재 상태를 유지합니다.

양 당사자는 의료 서비스 제공자에게 적용되는 캘리포니아 법률 조항이 민사 소송법 섹션 340.5 및 667.7과 민법 섹션 3333.1 및 3333.2를 포함하되 이에 국한되지 않는 본 중재 계약 내의 분쟁에 적용된다는 데 동의합니다. 당사자는 중재인에게 민사소송법에 따라 약식재판 또는 약식판결을 신청할 수 있습니다. 개시는 민사소송법 섹션 1283.05에 따라 수행됩니다. 그러나 중립 중재인의 사전 승인 없이 증언을 할 수 있습니다.

조항 4: 일반 조항: 동일한 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 모든 청구는 하나의 절차로 중재됩니다. (1) 통지가 접수된 날짜에 민사 소송에서 평가된 청구가 해당 캘리포니아 제한 법령에 의해 금지되거나 (2) 청구인이 여기에 규정된 절차에 따라 합리적인 방식으로 성실히 중재 청구를 추구하지 않는 경우 청구가 철회되며 영원히 금지됩니다. 이에는 명시적으로 제공되지 않은 문제와 관련하여 중재인은 중재와 관련한 캘리포니아 민사 소송법 조항의 적용을 받습니다.

조항 5: 철회: 본 계약은 서명 후 30일 이내에 의사에게 전달된 서면 통지에 의해 철회될 수 있습니다. 본 계약은 조건에 대해 언제든지 제공되는 모든 의료 서비스에 적용됨을 취지로 합니다.

조항 6: 소급 효과: 환자가 서명 날짜 이전에 제공된 서비스(응급 치료를 포함하되 이에 국한되지 않음)를 보장하기 위해 본 계약을 고려하는 경우 환자는 바로 아래에 이니셜을 기입해야 하며 본 계약은 최초 의료 서비스 날짜부터 유효한 것으로 간주됩니다.

_____ 환자 또는 환자 대리인의 이니셜

본 중재 계약의 어떠한 조항이 유효하지 않거나 시행할 수 없는 경우 나머지 조항은 완전한 효력을 유지하며 다른 조항의 무효성에 영향을 받지 않습니다. 본인은 본 중재 합의서의 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다. 아래에 서명함으로써 본인은 사본을 받았음을 확인합니다.

참고: 본 계약에 서명함으로써 귀하는 의료 과실 문제가 중립적 중재에 의해 결정되도록 하는 데 동의하고 법원 재판의 배심원 심판에 대한 권리를 포기합니다. 본 계약의 조항 1을 참조하십시오.

환자 또는 환자 대리인의 서명

날짜

환자 이름(인쇄체)

의사 또는 의사 공식 대리인의 서명

날짜

환자 대리인 이름(인쇄체) 및 환자와의 관계(있는 경우)