KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest • Kaiser Foundation Hospitals

환자:		
별명 / 결혼 전 성 / 기타:		
의료 기록 번호:		
생년월일(MM/DD/YYYY):	전화번호:	
주소:		아파트 번호:
시:	주:	우편번호 + 4:

보호되는 건강 정보의 사용 또는 공개에 대한 승인 또는 동의 철회

정보 공개 부서

본인은 아래에 명시된 바와 같이 본인의 보호되는 건강 정보(PHI)의 사용 또는 공개에 대해 이전에 제공한 승인 또는 동의를 철회합니다.

해당하는 체크박스 1개를 선택하고 빈칸을 작성하십시오.

☐ 본인은 이전에 서명한 **모든** 승인 또는 동의를 철회합니다.

☐ 본인은 다음 날짜에 서명한 승인 또는 동의를 철회합니다. _____

정보 공개 대상: _____

본인은 본인의 서면 철회가 수령 즉시 효력을 발생하지만 철회 이전에 본인이 제공한 승인 또는 동의를 근거로 요청자 또는 다른 사람이 이미 취한 조치에는 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

본인은 이미 공개된 정보에는 철회가 적용되지 않으며, 법에 따라 보험사가 본인의 보험증서에 따른 클레임 또는 보험증서 자체에 대해 이의를 제기할 권리가 있는 경우 보험사에도 철회가 적용되지 않음을 이해합니다.

이 철회에 관계없이 Kaiser Permanente는 법에서 요구하는 경우 제3자에게 PHI를 계속 공개할 것이며, 여기에는 이 철회에 명시된 개인 또는 기관에 대한 공개가 포함될 수 있습니다.

✗ _____ _____

환자 또는 법적 대리인의 서명 날짜

_____

환자/권한 있는 개인의 전화번호

환자를 대신하여 법적 권한이 있는 대리인이 서명하는 경우 다음을 작성하십시오.

법적 대리인의 이름(정자체): _____

환자와의 관계: _____ 전화번호: _____

환자를 대리할 권한을 증명하는 문서를 첨부해 주십시오.

이 양식을 다음 방법 중 하나를 통해 제출하십시오. 기록을 위해 사본을 보관하십시오.

- **이메일:** nw.roi.revocations@kp.org
- **우편:** Kaiser Permanente Northwest
  Attn.: Release of Information Department
  500 NE Multnomah St., Suite 100
  Portland, OR 97232-2099

질문이 있으시면 정보 공개 부서에 503-571-5051번으로 문의하십시오.

Distribution: email to nw.roi.revocations@kp.org

©2025 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232