

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/법의학 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 통해서도 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/법의학 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 없이 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.