

FORMER PATIENT REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPIES OF HEALTH RECORD

DSH-6803 (Korean) (New 07/2025)

참고하십시오: 요청된 정보는 신원 확인 목적으로만 사용됩니다.

환자 성명:	생년월일:	사회보장번호(SSN) (선택 사항):
주소:	시/주/우편번호:	환자 사례 번호(선택 사항):
전화번호:	입원 날짜:	퇴원 날짜:

해당 확인란에 체크 표시해 주십시오:

사본: 아래에 체크표시한 본인의 건강 기록 문서의 사본을 요청합니다.

이메일: 아래에 체크표시한 본인의 건강 기록 문서의 사본을 다음 이메일 주소로 보내 주시기 바랍니다:

예약: 본인의 건강 기록을 열람하기 위해 DSH에 방문할 수 있는 예약을 요청합니다.

참고하십시오: 본인은 종이 또는 전자 사본 요청과 관련하여 수수료가 부과될 수 있음을 이해합니다.

귀하는 본 요청을 접수한 날로부터 30일 이내에 기록을 열람할 권리가 있으며, 기록이 지리적으로 분산되어 있거나 중앙 보관소에 비활성 상태로 보관 중인 경우에는 민법 제1798.34조에 따라 최대 60일까지 소요될 수 있습니다.

귀하에게 발송되기를 원하는 환자 정보의 해당 항목 모두에 체크 표시해 주십시오:

문서:	날짜:	문서:	날짜:	아래 기록 중 어떤 것이든 요청하려면 환자가 이니셜을 기입해야 합니다:	
<input type="checkbox"/> 진단		<input type="checkbox"/> 심리 검사/직업 적성 검사 결과			
<input type="checkbox"/> 정신과 평가		<input type="checkbox"/> 의학적/신경학적 평가, 검사 검사(뇌파검사, 심전도 등)			<input type="checkbox"/> HIV/AIDS 검사 결과 _____ (이니셜)
<input type="checkbox"/> 퇴원 요약서		<input type="checkbox"/> 법률 관련 정보			<input type="checkbox"/> 유전자 검사 결과 _____ (이니셜)
<input type="checkbox"/> 심리사회적 평가		<input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 명시):			<input type="checkbox"/> 약물 사용 장애 치료 기록 _____ (이니셜)
<input type="checkbox"/> 치료 계획		<input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 명시):			
<input type="checkbox"/> 격리/신체 억제					

(추가 공간이 필요한 경우 요청한 문서 목록을 첨부하십시오)

성명을 정자체로 기입: _____ 서명 _____

가능한 경우, 요청서와 함께 신분증 사본을 첨부해 주시기 바랍니다.

Health Information Management Department (HIMD) Use Only:
(건강정보관리국(HIMD) 전용:)

HIMD Receipt of Form Date/Time: _____ Record Review Appt. Date/Time: _____

Former Patient Request for Access and/or Copies of Health Record

Confidential Patient Information
See W & I Code, Section 5328
HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508
DSH-6803 (Korean) (New 07/2025)