

신규 환자 접수 양식

PATIENT INTAKE FORM

- 진료 전에 작성해 주세요. 적어 주신 내용은 비밀로 보호됩니다 (HIPAA).
- 모르는 칸은 비워 두세요. 클리닉 직원이 도와드립니다.
- 해당하는 것은 ☐ 칸에 ☒ 표시, 날짜는 월/일/년 순서로 적어 주세요. (예: 03/15/1950)

1. 환자 정보 Patient Information

성 Last Name	이름 First Name	오늘 날짜 Date of Visit
생년월일 (월/일/년) Date of Birth	성별 Sex	☐ 남 ☐ 여 ☐ 기타
주로 쓰는 언어 Primary Language	전화번호 Phone	
집 주소 Home Address		
도시 City	주 State	우편번호 ZIP
이메일 Email		
직장 (회사 이름) Employer	하시는 일 Occupation	
비상 연락처 (이름) Emergency Contact	환자와의 관계 Relationship	
비상 연락처 전화 Phone	다른 전화 Phone (Alt)	

2. 보험 정보 Insurance Information

☞ 보험카드를 직원에게 보여 주시면 직원이 대신 적어 드립니다.

보험 회사 이름 Primary Health Plan	회원 번호 (ID) Member ID #
보험카드에 적힌 이름 Subscriber Name	가입자 번호 Subscriber ID #
그룹 번호 Group #	가입자와의 관계 Relationship to Subscriber

두 번째 보험 (있는 경우만) Secondary Insurance (if applicable)

보험 회사 이름 2nd Health Plan	회원 번호 (ID) Member ID #
보험카드에 적힌 이름 Subscriber Name	그룹 번호 Group #

3. 주치의 (평소에 다니는 병원 의사) Primary Care Physician

의사 이름 Physician Name	전화 Phone
병원 주소 Physician Address	

지금 의사에게 치료를 받고 계신가요?

Currently under a physician's care?

☐ 아니오 ☐ 예

예라면 어떤 병?

If yes, for what condition(s)?

4. 안전 확인 (꼭 체크해 주세요) Safety Screening

해당하는 것에 모두 ✓ 표시해 주세요.

- ☐ 심장 박동기 (페이스메이커)
 ☐ 인슐린 펌프
- ☐ 척수 자극기 또는 몸 안에 넣은 전기 장치
 ☐ 발작 / 뇌전증 (간질)
- ☐ 피가 잘 멈추지 않는 병 (예: 혈우병)
 ☐ 피를 묽게 하는 약 복용 중 (항응고제)
- ☐ 심장 판막 손상 또는 감염 위험이 높음
 ☐ 해당 없음
- ☐ 임신 중 → _____ 주 / 산부인과 의사 진료 중? ☐ 예 ☐ 아니오

5. 어디가 불편하세요? (통증 평가) Chief Complaint & Pain Assessment

오늘 오신 이유를 가장 중요한 것부터 적어 주세요. 첫 번째 증상은 꼭 적어 주시고, 두 번째·세 번째 증상은 있으면 적어 주세요.

통증 점수 보는 법

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = 전혀 안 아픔					5 = 중간 정도			10 = 참을 수 없이 아픔		

	첫 번째 증상 (필수)	두 번째 증상 (있으면)	세 번째 증상 (있으면)
어디가, 어떻게 불편하세요? Main symptom(s) / condition			
언제부터? (월/일/년) When did it start? (MM/DD/YYYY)			
어떻게 시작됐나요? How did it happen?			
일하다가 다치셨나요? (산재) Related to a work injury?	☐ 아니오 ☐ 예	☐ 아니오 ☐ 예	☐ 아니오 ☐ 예
오늘 통증 점수 (0~10) Pain level today (0-10)			
생활에 불편한 정도 (0~10) Interference with daily activities (0-10)			
얼마나 자주 아프세요? How often do you feel this pain?	☐ 가끔 (0-25%) ☐ 가끔~절반 (26-50%) ☐ 자주 (51-75%) ☐ 거의 항상 (76-100%)	☐ 가끔 (0-25%) ☐ 가끔~절반 (26-50%) ☐ 자주 (51-75%) ☐ 거의 항상 (76-100%)	☐ 가끔 (0-25%) ☐ 가끔~절반 (26-50%) ☐ 자주 (51-75%) ☐ 거의 항상 (76-100%)
이 증상으로 전에 받은 치료 Previous treatments for this condition	☐ 침 ☐ 카이로프랙틱 ☐ 물리치료 ☐ 주사 ☐ 수술 ☐ 약 ☐ 마사지 ☐ 기타	☐ 침 ☐ 카이로프랙틱 ☐ 물리치료 ☐ 주사 ☐ 수술 ☐ 약 ☐ 마사지 ☐ 기타	☐ 침 ☐ 카이로프랙틱 ☐ 물리치료 ☐ 주사 ☐ 수술 ☐ 약 ☐ 마사지 ☐ 기타
전에 받은 치료 후 어떠셨나요? Progress from previous treatment	☐ 더 나빠짐 ☐ 변화 없음 좋아진 정도: ☐ 0-25% ☐ 26-50% ☐ 51-75% ☐ 76-100%	☐ 더 나빠짐 ☐ 변화 없음 좋아진 정도: ☐ 0-25% ☐ 26-50% ☐ 51-75% ☐ 76-100%	☐ 더 나빠짐 ☐ 변화 없음 좋아진 정도: ☐ 0-25% ☐ 26-50% ☐ 51-75% ☐ 76-100%
치료로 이루고 싶은 것 Goals for acupuncture treatment			
좋아진 것을 어떻게 알 수 있을까요? How will you track progress?			

예: "밤에 깨지 않고 자기" · "동네 한 바퀴 걷기" · "진통제 없이 하루 지내기" · "다시 일하기" · "하루 30 분 걷기" · "아프지 않게 요리하기"

6. 과거 병력 Medical History

진단받았거나 치료받은 적이 있는 병에 모두 ✓ 해 주세요. ☐ 해당 없음

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ 고혈압 | ☐ 심장병 / 심장마비 | ☐ 고지혈증 (콜레스테롤) | ☐ 뇌졸중 (중풍) |
| ☐ 당뇨 | ☐ 폐렴 | ☐ 천식 | ☐ 류마티스 관절염 |
| ☐ 통풍 | ☐ 위산 역류 / 위궤양 | ☐ 혈전 (피떡) 병력 | ☐ 출혈 / 응고 장애 |
| ☐ 간염 | ☐ 간 질환 | ☐ 신장 (콩팥) 질환 | ☐ 갑상선 질환 |
| ☐ 신경 질환 | ☐ 결핵 | ☐ 골다공증 | ☐ 두근거림 |
| ☐ 소화성 궤양 | ☐ 전립선 문제 | ☐ 경련 / 발작 | ☐ 어지럼증 |
| ☐ 입원 (이유): _____ | | ☐ 수술 (종류): _____ | |
| ☐ 암 (종류): _____ | | ☐ 기타: _____ | |

7. 드시는 약 · 알레르기 · 가족 병력 Medications, Allergies & Family History

지금 드시는 약을 적어 주세요. (약 봉투를 가져오시면 직원이 적어 드립니다) ☐ 없음

약 이름 Medication	용량 Dose	약 이름 Medication	용량 Dose
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

영양제 / 한약 / 건강식품

Supplements / herbs

알레르기 (약 / 음식 / 기타)

Allergies

☐ 없음가족 병력 (부모, 형제, 자녀) Family History ☐ 없음

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ☐ 심장병 | ☐ 관절염 | ☐ 루푸스 / 자가면역질환 | ☐ 고혈압 |
| ☐ 당뇨 | ☐ 암: _____ | ☐ 기타: _____ | |

8. 요즘 있는 증상과 생활 습관 Current Symptoms & Lifestyle

요즘 있는 증상에 모두 ✓ 해 주세요.

- | | | | | |
|--------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 전신 | ☐ 이유 없는 체중 감소/증가 | ☐ 열 / 오한 | ☐ 만성 피로 | ☐ 가슴(유방) 명을 |
| 심장·혈관 | ☐ 가슴 통증 | ☐ 불규칙한 심장 박동 | ☐ 심장 잡음 | ☐ 다리 / 발목 부종 |
| 근육·뼈 | ☐ 관절염 | ☐ 골다공증 | ☐ 골절 경험 | ☐ 근력 약화 |
| 소화기 | ☐ 속쓰림 / 위산 역류 | ☐ 변비 | ☐ 설사 | ☐ 메스꺼움 / 구토 |
| 신경 | ☐ 균형 문제 | ☐ 어지럼증 / 현기증 | ☐ 두통 / 편두통 | ☐ 힘 빠짐 |
| 호흡기 | ☐ 숨참 | ☐ 수면 무호흡 | ☐ 천식 / 만성폐쇄성폐질환 | ☐ 만성 기침 |
| 마음 건강 | ☐ 우울 | ☐ 불안 | ☐ 외상 후 스트레스(PTSD) | ☐ 불면증 |
| 소변·생식기 | ☐ 배뇨 시 통증 | ☐ 요로 감염 | ☐ 소변을 자주 봄 | ☐ 생리 이상 |

생활 습관

담배: ☐ 안 피움 ☐ 끊음 ☐ 피움 술: ☐ 아니오 ☐ 예 커피/카페인: ☐ 아니오 ☐ 예기호용 약물: ☐ 아니오 ☐ 예 물 (하루 몇 잔): _____ 수면 (하루 몇 시간): _____전체 건강 상태: ☐ 아주 좋음 ☐ 매우 좋음 ☐ 좋음 ☐ 보통 ☐ 나쁨저희 클리닉을 어떻게 아셨나요? ☐ 인터넷 ☐ 친구 / 가족 ☐ 의사 소개 ☐ 보험 회사 ☐ 기타: _____

9. 환자 확인 Patient Certification

위에 적은 내용은 제가 아는 한 모두 사실이고 정확합니다. 보험 정보가 틀렸거나 이 치료사를 통해 보험 혜택을 받을 자격이 없는 경우, 받은 치료비 전부를 제가 내야 한다는 것을 이해합니다. 건강 상태나 보험이 바뀌면 바로 알려겠습니다. 제 상태를 함께 관리해야 할 경우 치료사가 제 주치의에게 연락할 수 있음을 이해하며, 필요하면 주치의에게 연락하는 것을 허락합니다. 보험금 청구에 필요한 경우 치료 중 얻은 정보를 보험회사에 제공하는 것을 허락합니다.

10. 치료 동의서 Informed Consent for Treatment

쉽게 말하면: 침, 부항, 한약 등 치료에는 멍, 뻣근함, 어지러움 같은 **부작용이 생길 수 있습니다**. 아래 내용을 읽고, 궁금한 점은 서명 전에 꼭 물어보세요. 동의는 언제든지 철회할 수 있습니다.

이 클리닉의 치료에는 침, 한약, 부항(불부항 포함), 뜸, 추나, 팔사, 적외선 치료 및 기타 동양의학 치료가 포함될 수 있습니다. 이 치료들은 여러 증상에 효과가 좋지만, 다른 모든 치료처럼 위험이 있을 수 있습니다.

A. 침 치료 — 생길 수 있는 부작용

- 졸리거나 어지러울 수 있습니다 (특히 첫 치료 후). 그런 느낌이 있으면 **운전하거나 무거운 기계를 다루지 마세요**.
- 침 자리에 약간의 출혈, 멍이 생길 수 있으며 보통 며칠 안에 저절로 없어집니다.
- 침 자리가 24~48 시간 뻣근할 수 있으며, 이는 흔하고 정상적인 반응입니다.
- 3% 미만의 환자에서 좋아지기 전에 1~2 일 증상이 잠시 심해질 수 있습니다. 2 일 넘게 계속되거나 심하면 알려 주세요.
- 긴장하거나 배고프거나 피곤하면 **기절할 수 있습니다**. 오시기 전에 가볍게 식사하시고, 몸이 안 좋으면 직원에게 알려 주세요.
- 감염은 극히 드뭅니다. 항상 멸균 포장된 1 회용 침만 사용합니다.
- 침이 부러지는 일은 매우 드뭅니다. 침을 꽂고 있는 동안에는 움직이지 마세요.

B. 부항 — 생길 수 있는 부작용

- 동그란 멍이나 변색은 정상적인 결과이며 보통 3~10 일 안에 없어집니다.
- 불부항은 드물게 피부 자극이나 물집이 생길 수 있어 치료 내내 피부를 잘 살핍니다.
- 부항 자리가 1~2 일 가볍게 뻣근할 수 있습니다.

C. 한약 · 보충제 — 생길 수 있는 부작용

- 일부 한약은 혈액 희석제, 심장약, 당뇨병 등과 함께 먹으면 문제가 될 수 있습니다. 드시는 **모든 약과 보충제를 알려 주세요**.
- 임신, 수유 중이거나 간·신장 질환이 있으면 피해야 하는 한약이 있습니다. 현재 건강 상태를 꼭 알려 주세요.
- 알레르기 반응은 드물지만 생길 수 있습니다. 알고 있는 알레르기를 모두 알려 주세요.
- 한약 보충제는 처방약처럼 FDA 규제를 받지 않습니다. 이 클리닉은 믿을 수 있는 공급처의 품질 보증 제품만 사용합니다.

D. 꼭 알려 주셔야 할 것

- 발작, 기절, 또는 치료 후 이상한 느낌이 있었던 적
- 몸 안의 전기 장치 (심장 박동기, 척수 자극기, 인공 와우, 인슐린 펌프) — 전기 자극 치료를 할 수 없을 수 있음
- 임신 중이거나 임신 가능성, 임신 계획 (임신 중 피해야 하는 침 자리가 있음)
- 출혈 장애 (혈우병 등) 또는 멍이 아주 잘 드는 경우
- 혈액 희석제나 매일 아스피린 복용 (와파린, 헤파린, 엘리퀴스, 자렐토, 플라빅스 등)
- 심장 판막 손상, 심내막염 병력, 또는 면역력 약화
- 금속 알레르기 (니켈, 스테인리스) 또는 반창고, 테이프, 오일, 로션 알레르기
- 치료 사이에 새로 생긴 증상이나 몸 상태의 변화

E. 동의 및 비용에 관한 약속

위 내용을 읽고 이해했으며, Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic에서 진찰과 치료를 받는 것에 동의합니다. 치료의 좋은 점과 위험을 이해하며, 모든 합병증을 미리 알거나 막을 수는 없다는 것을 이해합니다. 저는 언제든지 불이익 없이 동의를 거부하거나 철회할 수 있습니다. **부항은 ASH 보험에서 보장되지 않으며**, 거절될 경우 본인 부담으로 \$_____ 을 내는 데 동의합니다. Medi-Cal 본인 부담금(copay)은 치료 받을 때 내겠습니다. 제 기록은 비밀이며 법이 요구하는 경우를 제외하고는 제 서면 허락 없이 공개되지 않는다는 것을 이해합니다. 클리닉의 HIPAA 개인정보 보호 안내문을 받았음을 확인합니다. 이 동의는 서면으로 철회하지 않는 한 전체 치료 기간 동안 유효합니다.

예약 규정

예약을 취소하거나 바꾸려면 **최소 4 시간 전에** 알려 주세요. 늦게 취소하거나 연락 없이 오지 않으면 **\$70.00** 이 부과됩니다 (보험 청구 불가, 다음 방문 전에 내셔야 함). 반복되면 클리닉 진료가 중단될 수 있습니다. 15 분 넘게 늦으시면 미리 전화해서 진료가 가능한지 확인해 주세요.

위 9 번(환자 확인)과 10 번(치료 동의 · 예약 규정)을 읽고 동의합니다.

환자 서명 Patient Signature

날짜 Date

확인한 직원 (Reviewed by): _____ 날짜 _____

11. 중재 합의서 (Arbitration Agreement) Arbitration Agreement

쉽게 말하면: 치료와 관련해 문제가 생겨 다투게 되면, **법원 재판(배심원) 대신 중립적인 중재인이 결정하기로 약속하는 문서입니다.** 서명 후 **30 일 안에 서면으로 취소**할 수 있습니다. 궁금한 점은 서명 전에 물어보세요.

환자에게 알림: 이 계약서에 서명하면, **의료 과실에 관한 모든 문제를 중립적인 중재로 결정하는 데 동의하는 것이며, 배심원 재판이나 법원 재판을 받을 권리를 포기하는 것입니다. 서명하기 전에 이 합의서를 주의 깊게 읽으십시오.**

제 1 조 — 중재 합의

이 계약에 따라 제공된 의료 서비스가 불필요했는지, 허락 없이 이루어졌는지, 또는 부적절하거나 부주의하거나 무능하게 제공되었는지에 관한 의료 과실 분쟁은, 소송이나 법원 절차가 아니라 캘리포니아 법에 따른 중재로 결정합니다. 단, 캘리포니아 법과 연방법이 중재 절차에 대한 법원의 심사를 허용하는 경우는 예외입니다. 양 당사자는 이 계약을 맺음으로써, 그러한 분쟁을 법원에서 배심원 앞에서 판단받을 헌법상 권리를 포기하고 대신 중재를 받아들입니다.

제 2 조 — 모든 청구는 중재로 해결

의료 과실과 관련 없는 분쟁(어떤 분쟁이 중재 대상인지에 대한 다툼 포함)도 구속력 있는 중재로 결정합니다. 이 합의는 치료사가 제공한 치료나 서비스에서 생기거나 이와 관련된 모든 청구에 대해 모든 당사자를 구속하며, 환자의 상속인, 과거·현재·미래의 배우자(배우자권 상실 청구 포함)에게도 적용됩니다.

이 합의는 청구 원인이 생긴 당시 이미 태어났거나 아직 태어나지 않은 환자의 자녀에게도 적용됩니다. 또한 환자와 치료사, 그리고 현재 또는 앞으로 치료사에게 고용되거나 함께 일하거나 대신 진료하면서 환자를 치료하는 다른 면허 의료인이나 수련 인턴(이 클리닉 또는 다른 클리닉에서 일하는 사람 포함, 이 서류에 서명했는지와 관계없이)에게도 적용됩니다.

치료사 및 그 동료, 협회, 법인, 파트너십, 직원, 대리인, 유산을 상대로 한 소액재판 한도를 넘는 모든 금전 배상 청구는 중재로 해결해야 하며, 여기에는 배우자권 상실, 부당 사망, 정신적 고통, 금지명령, 징벌적 손해배상 청구가 포함되되 이에 한정되지 않습니다.

제 3 조 — 절차와 적용 법률

중재 요청은 모든 당사자에게 서면으로 알려야 합니다. 각 당사자는 30 일 안에 중재인(당사자 중재인)을 1 명씩 선정하고, 그 후 30 일 안에 선정된 중재인들이 세 번째 중재인(중립 중재인)을 선정합니다. 중립 중재인이 단독으로 사건을 결정합니다. 각 당사자는 중립 중재인의 비용과 수수료, 그리고 중립 중재인이 승인한 기타 중재 비용을 나누어 부담합니다. 단, 각자의 변호사 비용, 증인 비용 등 자기 자신을 위해 쓴 비용은 포함하지 않습니다.

어느 쪽이든 중립 중재인에게 서면으로 요청하여 책임 문제와 손해 문제를 나누어 심리받을 절대적 권리가 있습니다. 법원 소송이었다면 추가 당사자가 되었을 사람이나 단체가 이 중재에 참가하는 것에 양 당사자는 동의하며, 참가한 경우 그 사람이나 단체에 대한 기존 법원 소송은 중재가 끝날 때까지 중지됩니다.

양 당사자는 캘리포니아 의료상해보상개혁법(MICRA)이 이 중재에 적용된다는 데 동의합니다. 여기에는 법이 허용하는 범위에서 환자에게 지급되는 혜택 금액을 증거로 제출할 권리(민법 § 3333.1), 비경제적 손해 배상의 한도(민법 § 3333.2), 미래 손해에 대한 판결을 정기 지급으로 바꿀 권리(민사소송법 § 667.7)가 포함되되 이에 한정되지 않습니다. 또한 미국중재협회(AAA)의 상사중재규칙에 따라 중재를 진행합니다.

제 4 조 — 일반 조항

같은 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 모든 청구는 하나의 절차에서 중재합니다. (1) 통지를 받은 날 민사소송이었다면 법정 소멸시효로 막혔을 청구이거나, (2) 청구인이 여기 정한 절차에 따라 성실하게 중재를 진행하지 않은 경우, 그 청구는 영구히 포기되고 제기할 수 없습니다. 이 합의는 중재 결과가 나오기 전에 회복할 수 없는 피해를 막기 위해 관할 법원에 긴급 금지명령을 신청하는 것을 막지 않습니다.

제 5 조 — 취소

이 합의는 서명 후 30 일 안에 치료사에게 서면 통지를 전달하여 취소할 수 있습니다. 그 기간 안에 취소하지 않으면, 환자가 받는 모든 전문 서비스와 양 당사자 사이의 다른 모든 분쟁에 적용됩니다. 취소는 환자가 서명한 서면으로 해야 하며, 이 양식에 적힌 클리닉 주소로 등기우편(certified mail)으로 보내거나 직접 전달해야 합니다. 말로 하는 취소는 받지 않습니다.

제 6 조 — 소급 적용

환자가 이 합의서에 서명하기 전에 받은 서비스(예: 이 양식을 작성하기 전에 받은 응급 치료)에도 이 합의를 적용하려면 여기에 이니셜을 적어 주십시오. 이니셜을 적으면 이 합의는 첫 전문 서비스를 받은 날부터 효력이 있습니다. 이 중재 합의의 어느 조항이 무효이거나 집행할 수 없다고 판단되더라도, 나머지 조항은 그대로 효력을 유지합니다.

위 중재 합의서를 읽고 이해했으며, 그 내용에 동의합니다.

환자 서명 Patient Signature

날짜 Date

12. 개인정보 보호 안내 (HIPAA) Notice of Privacy Practices (HIPAA)

이 안내문은 환자의 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지, 그리고 환자가 그 정보를 어떻게 볼 수 있는지 설명합니다. 주의 깊게 읽어 주십시오. 이 안내문은 HIPAA (45 C.F.R. § 164.520)에 따라 제공됩니다.

Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic은 환자의 보호 대상 건강 정보(PHI) — 환자를 알아볼 수 있는 건강 상태, 치료, 비용에 관한 모든 정보 — 를 보호합니다. 이 안내문은 저희가 PHI를 어떻게 사용하고 공개할 수 있는지, 그리고 환자의 법적 권리를 설명합니다.

I. 서면 허락 없이 사용·공개할 수 있는 경우

- **치료:** 치료를 제공·조정·관리하기 위해 (예: 주치의, 전문의, 물리치료사 등 다른 의료인과 정보 공유) 및 예약 알림을 보내기 위해.
- **비용 청구:** 보험 청구, 자격 확인, 사전 승인, 보험 미보장 서비스 청구 등 치료비를 받기 위해.
- **클리닉 운영:** 진료 질 관리, 자격 심사, 직원 교육, 사업 계획, 면허, 행정 업무 등 클리닉 운영에 필요한 경우.
- **법이 요구하는 경우:** 연방·주·지역 법에 따라 (법 집행, 의무 질병 신고, 공중 보건, 감사, 적법한 소환장이나 법원 명령 등).
- **산재 보상:** 특히 업무 중 부상이나 질병이 있을 때 산재 보상법을 따르기 위해.
- **건강·안전에 대한 심각한 위협:** 환자나 다른 사람, 대중에게 심각하고 긴박한 위협을 막기 위해 필요한 경우, 그 위협을 막을 수 있는 사람에게만.

II. 서면 허락이 필요한 경우

이 안내문에 설명되지 않은 사용·공개에는 환자의 서면 허락이 필요합니다 (대부분의 마케팅, PHI 판매, 심리치료 기록 공개 등). 허락은 언제든지 서면으로 취소할 수 있으나, 이미 허락에 따라 한 일에는 적용되지 않습니다.

III. 환자의 권리

- **제한 요청:** PHI 사용·공개를 제한해 달라고 요청할 수 있습니다. 치료비를 전액 본인이 낸 서비스는 보험회사에 알리지 말라는 요청을 반드시 따릅니다 (HITECH 법). 요청은 서면으로 해 주세요.
- **연락 방법 지정:** 특정 방법이나 장소로 연락해 달라고 요청할 수 있습니다 (예: 우편만, 특정 전화번호). 합리적인 서면 요청은 들어 드립니다.
- **열람·사본:** 기록을 보고 사본을 받을 권리가 있습니다. 서면 요청이 필요하며 합리적인 비용이 있을 수 있습니다. 제한된 경우 거절될 수 있으나, 재검토를 요청할 수 있습니다.
- **정정 요청:** 정보가 틀리거나 빠졌다고 생각되면 이유를 적어 서면으로 정정을 요청하세요. 저희가 만든 정보가 아니거나, 기록에 없거나, 이미 정확하면 거절될 수 있습니다. 60일 안에 답변합니다.
- **공개 내역:** 지난 6년 동안의 특정 공개 내역을 요청할 수 있습니다 (치료·비용 청구·운영 목적 제외). 12개월에 첫 요청은 무료이며, 추가 요청은 비용이 있을 수 있습니다.
- **안내문 종이 사본:** 전자로 받기로 했더라도 언제든지 요청할 수 있습니다.
- **모금 연락 거부:** 서면으로 알리면 언제든지 모금 관련 연락을 받지 않을 수 있습니다. 치료에는 영향이 없습니다.

IV. 클리닉의 책임

저희는 법에 따라 (1) PHI의 비밀과 보안을 지키고, (2) 이 안내문을 드리며, (3) 보호되지 않은 PHI가 유출되면 45 C.F.R. § 164.400-414에 따라 신속히 알리고, (4) 현재 안내문의 내용을 지켜야 합니다. 법이 허용하는 범위에서 개인정보 보호 방침을 바꿀 수 있으며, 바뀐 내용은 보관 중인 모든 PHI에 적용되고 클리닉에 게시되며 요청 시 드립니다.

V. 불만 제기

개인정보 권리가 침해되었다고 생각되면 이 클리닉 또는 미국 보건복지부 인권사무소(HHS OCR)에 불만을 제기할 수 있습니다:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints 또는 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). 불만을 제기해도 불이익은 없으며, 치료를 받는 조건으로 개인정보 권리 포기를 요구받지 않습니다.

VI. 연락처

Yohan Ko, L.Ac. (개인정보 보호 책임자) | Good Health Buena Salud Acupuncture Clinic

222 N. Mountain Ave, Suite 102A, Upland, CA 91786 | (909) 272-5819 | Fax (909) 550-1579 | info@buenasalud.day

개인정보 보호 안내문(HIPAA)을 받았음을 확인합니다.

환자 서명 Patient Signature

날짜 Date