



NH8013

# NORTHSIDE HOSPITAL

English - Spanish - Korean

AFFIX PATIENT LABEL HERE

Name of Hospital or Physician Practice / 병원 또는 의사 진료소 명칭:

Name of Patient / 환자 이름: \_\_\_\_\_

Phone # / 전화번호: \_\_\_\_\_

Address / 주소: \_\_\_\_\_

Patient's Date of Birth / 환자 생년월일: \_\_\_\_\_

*You may request a restriction on the use and/or disclosure of your health information. However, we are not required to agree to your request. No restriction is effective until you receive written confirmation. In emergency treatment situations, restrictions requests will not apply. /*  
 귀하는 귀하의 건강 정보 사용 및/또는 공개를 제한하도록 요청할 수 있습니다. 하지만, 저희가 귀하의 요청에 반드시 동의해야 하는 것은 아닙니다. 귀하가 서면으로 확인 답장을 받기 전까지 그 어떠한 제한도 효력을 발생하지 않습니다. **응급 치료 상황 시, 제한 요청은 적용되지 않습니다.**

**I hereby request that the following PHI to be restricted or limited by the Northside Hospital: (Please check all that apply) /** 본인은 Northside Hospital이 다음의 PHI(보호대상 건강 정보)를 제한하거나 한정하도록 요청합니다. (해당되는 모든 사항에 체크 표시하십시오)

- ☐ Home Phone # / 자택 전화번호  
☐ Home address / 자택 주소  
☐ Occupation / 직업  
☐ Name of employer / 고용주 명칭  
☐ Date of Service / 의료서비스 날짜  
☐ Physician notes / 의사 진료노트  
☐ Prescription information / 처방내역 정보  
☐ Patient History / 환자 이력

- ☐ Office address / 직장 주소  
☐ Office phone # / 직장 전화번호  
☐ Spouse's name / 배우자 이름  
☐ Spouse's office phone # / 배우자 직장 전화번호  
☐ Religious Affiliation / 소속 종교  
☐ Other / 기타 \_\_\_\_\_  
☐ Other / 기타 \_\_\_\_\_  
☐ Other / 기타 \_\_\_\_\_

**In what manner would you like to restrict the use and/or disclosure of your health information? /** 귀하의 건강 정보 사용 및/또는 공개를 어떤 방식으로 제한하기를 원하십니까?

Signature of Patient or Legal Representative  
 환자 또는 법정 대리인 서명

Date/Time  
 날짜/시간

Reason Patient Unable to Sign  
 환자가 서명할 수 없는 이유

Relationship to Patient If Not the Patient  
 환자 본인이 아닌 경우 환자와의 관계

Interpreter's Signature  
 통역사 서명

Date/Time  
 날짜/시간

Note: If remote interpretation used (phone/iPad), record interpreter name and ID#  
 참고: 원격 통역을 사용하는 경우(휴대폰/아이패드), 통역사 이름, ID 기록  
 Interpreter Comments (optional) / 통역사 의견(선택사항):

Please complete this form and submit to HISINTERNALSUPPORT@NORTHSIDE.COM

FOR INTERNAL PURPOSES ONLY / 내부 전용:

Date Request Received: \_\_\_\_\_

보호대상 건강 정보 제한 및 한정 요청

**KOREAN TRANSLATION: REQUEST FOR LIMITATIONS AND  
RESTRICTIONS OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**