

MEMBER/PATIENT COMMUNICATION CONSENT FORM

회원/환자 의사소통 동의서

I, _____, agree to allow Christian Mutual Med-Aid (CMM) to contact me in the following methods in regards to my private health information, evaluations, treatment, and payments. I authorize CMM to leave messages for me when I am unavailable.

본인, _____은(는), 본인의 개인 건강 정보, 평가, 치료, 의료비와 관련하여 기독교의료상조회(CMM)가 다음과 같은 방법으로 연락하는 것에 동의합니다. 본인과 연결이 되지 않을 경우, CMM 이 메시지를 남기는 것을 허락합니다.

MEMBER/PATIENT'S CONTACT INFORMATION	
Home Address	
Cell Phone	
Work Phone	
Alternate phone	
Email Address	

I authorize CMM's staff to discuss my health information which may include medical history, medical diagnoses, lab and test results, treatment, payments, and other health related personal information with the contacts listed below.

본인은 CMM 직원이 본인의 의료 기록, 진단, 검사 결과, 치료, 의료비, 그 외의 본인 건강과 관련된 개인 정보를 아래의 명시된 사람과 논의할 수 있도록 허락합니다.

NAME	RELATIONSHIP TO PATIENT	PHONE NUMBER / EMAIL

My signature is an acknowledgement that a copy of the Notice of Privacy Policies for Christian Mutual Med-Aid has been made available to me and I understand the information provided on this consent form. I understand the risk associated with these different methods of communication, and consent to the conditions, restrictions, and member/patient responsibilities outlined in the Guidelines.

본인의 서명은 기독교의료상조회 가이드라인 상의 개인 정보 보호 정책 사본을 수령하였으며 본인은 이 동의서의 내용을 이해하였음을 인정하는 것입니다. 본인은 다양한 의사소통 방법과 관련된 위험을 이해하며 가이드라인에 명시된 조건, 제한과 회원/환자의 책임에 동의합니다.

Print Name of Patient Individual

회원/환자 이름

Signature of Patient Individual

회원/환자 서명

Date

일자

At the present time your plenty will supply what they need, so that in turn their plenty will supply what you need. The goal is equality (2 Corinthians 8:14)