



의료정보 등 개인정보 제공 동의서

본인, 회 원 성 명 기 재 , 은(는) MediGuide International LLC 가 World Leading Medical Center 로 부터 본인의 진단에 대한 2 차 의료소견을 확보하는 것에 동의한다. 따라서 본인은 관련된 의사, 병원 혹은 헬스케어 제공자가 본인의 의료기록들에 대한 정보를 MediGuide 에 공개하는 것에 허가함을 증명한다. MediGuide 는 의료정보 수집을 위해 (주)아라케어의 서비스를 이용한다

(I, _____, authorize MediGuide International LLC to secure a remote Second Opinion from a World Leading Medical Center for my diagnosed condition. I also hereby authorize any physician, hospital, or healthcare provider to release my medical records to MediGuide. MediGuide will be using the services of ARACARE in order to collect the medical information)

상기의 2 차 의료소견 서비스에 관련하여, 본인은 본인이 의뢰한 2 차 소견 서비스를 제공받기 위하여 MediGuide 가 본인의 특정한 질병 상태(진단)는 물론이고 전반적인 건강상태에 관한 모든 의료기록과 정보를 수집하는 것에 동의한다. 본인은 MediGuide, 본인이 선택하게 될 의료기관 혹은 그들의 의료진이 오로지 제공받은 진료 기록에 의거하여 2 차 의료 소견서를 작성함을 인지하며, MediGuide 는 본인의 현지 담당 주치의가 본인에 대해 기록한 진료 기록의 정확성 또는 완전성에 대해 어떠한 의무나 책임을 지지 않는다는 점을 인정한다.

(In connection with that Second Opinion, I have authorized MediGuide to collect all pertinent medical records and information relating to my health as well as the specific condition leading to my request for the Second Opinion. I acknowledge that MediGuide, the medical center that I will select and/or their consulting physician(s) will rely exclusively on the Medical Records in rendering the Second Opinion and that MediGuide have no obligation or responsibility for the accuracy or completeness of the Medical Records provided by my local treating physician(s).)

본인은 담당 의료진에 의한 직접적으로 시행되는 검사가 이루어지지 않음으로 직접적인 검사를 통한 진찰과 주시 등의 혜택이 제공되지 않는다는 점을 인정한다.

(In addition, I recognize that since there will be no direct physical examination by the consulting physician(s), I will not have the benefit of observations and insights that can only be obtained through such a direct examination.)

본인은 현지 담당의사의 진단을 확인하고자 하는 노력의 일환으로 MediGuide 로부터 2 차 의료소견 서비스를 의뢰한다. 2 차 의료소견이 제공되는데 있어서 MediGuide, 선정된 의료기관과 의료진은 현지 담당의의 진단이나 처방에 대해 충분히 준수해야 한다. 본인은 치료에 대해서 현지 담당의를 따라야 하는 의무가 있음을 알고 있다.

(Finally, I am requesting a Second Opinion from MediGuide in an effort to confirm a diagnosis previously obtained from my local physician. The responsibility of MediGuide, the selected medical center, and/or their consulting physician(s) with respect to my diagnosis or suggested treatment plan will be satisfied in full upon delivery of the Second Opinion. It is my responsibility to follow up with my local physician(s) regarding my treatment.)

회원서명(Member Signature): _____

날짜(Date): _____



회원의 법정대리인동의서

Member Representative Consent

본인의 2 차 의료소견 서비스를 제공 받기 위해 친구, 가족, 배우자 등의 제 3 자가 MediGuide 를 도와 협력하는 경우 아래의 서식을 완성해 주시기 바랍니다.

(Please complete the section below if someone else (ex. Friend, family member, spouse...) will be assisting MediGuide in the coordination of your Second Opinion.)

본인, 회 원 성 명 기 재 은(는) 대 리 인 성 명 기 재 가 MediGuide 에 본인을 대신하여 서비스 과정에의 협조, 정보를 제공할 수 있다는 것과 최우선 연락망임을 확인 동의합니다.

(I, (Member Name) hereby authorize (Representative Name) to act as my personal representative and primary contact with regards to the Second Opinion process provided by MediGuide.)

회원과의 관계 (Relationship to Member): _____

회원 서명 (Member Signature): _____ 날짜(Date): _____

- 신분증 사본을 이메일/팩스/인쇄물 등의 수단을 통해 제출해 주세요.
- 한글로 번역된 부분의 빈 칸을 채워주세요.