

히파 개인정보 고지서 (HIPAA-Notice Privacy)

이 고지는 당신의 건강기록내역이 어떻게 사용되고 공개되는지 또한 당신이 어떻게 입수할수있는지에대해 설명하는 고지서입니다. 꼭 검토하시기 바랍니다. 최신정보일 11/20/2013

이 개인정보사용도 고지서는 승인서가 아닙니다. 이 개인정보사용도 고지서는 저희사와, 그속의 각 기관들에서 당신의 보호된 건강정보 (PHI)가 어느용도로 사용될수있음을 설명하는 고지입니다. 당신의 건강치료가 필요한 경우, 혹은 병원비, 치료기관 운영등 또는 다른목적으로 사용될경우, 법적으로 당신의 건강정보를 사용할수있음을 설명하는 고지입니다. 또한, 당신의 개인정보보호를 위해 당신이 어떠한 권리가 있는지도 설명하는 고지입니다. 당신의 건강정보는 당신의 과과, 현재, 혹은 미래의 육체, 정신건강정보, 컨디션및 연관된 모든 건강신상을 말하는것입니다.

사용도와 보호된 건강정보의 공개

당신의 보호된 건강정보는 당신의 의사나, 저희사의 직원들이 당신의 치료를위해서나, 당신의 병원비를 지불해야할때, 혹은 당신의 의사진운영에 도움이될때, 그리고 모든 법적으로 허용된 용도용으로만 사용 및 공개될수 있습니다.

치료

저희사는 당신의 보호된 건강정보내역을 당신의 치료와 그와연관된 업무를위해 사용됨과 공개됨을 알려드립니다. 보기: 만약 당신이 전문의의 도움이 필요하다면 당신의 꼭 필요한 치료와 진단을위해 그 전문의에게 당신의 보호된 건강정보내역이 공유될것입니다.

또한, 당신의 보호된 건강정보내역을 당신의 치료를맡은 의사진과 상담진의 요구아래 다른 의사나 관련업체에게 (보기: 전문의나 랩) 사용, 공개될수 있음을 알려드립니다.

지불

당신의 보호된 건강정보내역은 당신의 병원비 지불을 요구하는 다른 기관에게 필요시 사용, 공개될수 있음을 알려드립니다. 보기: 보험사에서 당신의 허락된 치료나 입원여부등이 지불되는지 결정하기위해 당신의 보호된 건강정보내역이 보험사에게 사용, 공개될수 있음을 알려드립니다.

보건운영

저희사는 필요시 당신의 보호된 건강정보내역을 당신의 담당의사의 업무도움을위해 사용, 공개될수 있음을 알려드립니다. 업무내용은 질향상, 고용인검토, 학생훈련, 면허, 기금조성등 모든 업무운영에 연관된일을 포함합니다. 보기: 당신이 수속중 수속기관에서 당신에게 당신의 이름과 담당의사의 이름을 명시하라는 명시서가 있습니다. 또한, 당신이 담당의사를 기다리는중 담당의사가 준비됐으면 당신의 이름이 불러질것입니다. 또한, 저희가 당신에게 연락해서 당신의 치료여부, 혜택등을 상담할때 혹은 진료예약을 재확인할때 당신의 보호된 건강정보내역이 사용, 공개될수 있습니다. 만약 저희가 기부금조성을위해 당신의 보호된 건강정보내역을 사용, 공개해야한다면 먼저 당신에게 거부할수있는 권한을 드립니다. 거부후 당신이 참여하시기를 원한다면 다시 허락, 승인하실수 있습니다.

다음과같은 상황시에는 당신의 허락, 승인없이 당신의 보호된 건강정보내역이 사용, 공개될수 있습니다:

- 법적허용시
- 대중건강문제 발생시
- 전염병발기시
- 건강과실시
- 남용/방치시
- 식약청규정시
- 법정자료용무시
- 경찰기관용무시
- 병리시

- 장례운영용시
- 장기기부용시
- 연구용시
- 범행위시
- 군무용시
- 국가안전시
- 노동자재해시
- 형시행자시

허용된 용도 및 공개시

법적하에 당신이 당신의 보호된 건강정보내역을 저희사로부터 요구하시면 저희사는 반드시 당신에게 공개해야만합니다. 또한, 법적하에 연방복지국에서 필요시 당신의 보호된 건강정보내역을 저희사로부터 요구한다면 저희사는 반드시 복지국에 공개해야만합니다.

저희사는 당신의 보호된 건강정보내역을 다른 관련된 사업체들(보기: 경리나 등본업체)과 공유 할수있음을 알려드립니다. 만약 이업체들과 공유가 필요할시, 공유전에 저희사와 그업체들과의 서면계약조건아래 공유될것입니다. 계약의 조건은 당신의 보호된 건강정보내역이 최대한 보호받을수있도록 우려하며 계약조건을 할것입니다.

당신의 건강보호를 위해 연관된 다른인들

당신이 거부하지않는 조건아래, 저희사는 당신의 가족, 친척, 친구등 당신이 지정한 지정인들에게 당신의 보호된 건강정보내역을 공개할수 있습니다. 만약 당신이 허락, 승인할수없을 상황에 놓인다면, 저희사가 당신에게 최대한 도움되는길의 판단하에 지정인들에게 당신의 보호된 건강정보내역을 공개할수 있습니다. 그리고 저희사는 당신의 치료지, 상태, 혹은 임종(사)문제등 연락필요시 당신의 지정된 가족, 친척, 친구등 지정인들에게 당신의 보호된 건강정보내역을 공개할수 있습니다. 마지막으로, 저희사는 승인된 대중 혹은 개인업체에서 당신의 해당되는 대재해 자금운영을위해 당신의 보호된 건강정보내역을 공개할수있고, 이운영업체와 당신의 협력을위해 저희사는 당신의 지정된 가족, 친척, 친구등 지정인들에게 당신의 보호된 건강정보내역을 공개할수 있습니다.

긴급상황

저희사는 당신의 긴급한치료필요시 당신의 보호된 건강정보내역을 사용, 공개 할수있습니다. 이런상황에선 담당의사가 당신의 치료를위해 당신의 허락, 승인을 최대한 받으려 노력할것입니다. 만약 담당의사나 다른 의료진이 법적하에 당신의 치료를 시행해야한다면 그리고 만약 담당의사나 다른 의료진이 당신의 허락, 승인을 받으려 노력했지만 성공적이지 못했을경우, 당신의 허락, 승인없이 당신의 보호된 건강정보내역을 사용, 공개 할수있습니다.

언어장애

만약 담당의사나 다른 의료진이 당신의 치료를위해 당신의 허락, 승인을 받으려 노력했지만 언어장애가있어 성공적이지 못했을경우, 하지만 담당의사나 다른 의료진의 판단하에 당신이 허락, 승인을원하는 고의가 보이면 당신의 허락, 승인없이 당신의 보호된 건강정보내역을 사용, 공개 할수있습니다.

법적으로 요구된 상황을뺀 다른 허용된 아님 필요한 사용과 공개에한에서는 당신의 허락과 승인이 반드시 필요합니다.

당신의 허락, 승인이 없다면 저희사는 당신의 보호된 건강정보내역을 판매, 선전용으로 사용, 공개 할수없습니다.

저희사는 당신의 보호된 건강정보내역중에 당신의 정신치료내용을 사용, 공개 할수없습니다. 또한, 저희사는 당신의 보호된 건강정보내역중에 당신의 유전자내용을 승낙여부검토용으로 사용, 공개 할수없습니다.

당신은 이 승인서를 언제든지 서면으로 취소할수 있습니다. 단, 당신의 담당의사나 담당의사의 업무가 미리 당신의 승인서 취소전에 당신의 보호된 건강정보내역을 사용, 공개했다면 이는 당신의 취소전임으로 당신의 취소가 이부분에 대해서는 해당되지않습니다.

당신의 권리

다음사항은 당신의 보호된 건강정보내역에대한 당신의 권한입니다.

당신의 서면요구로 당신의 보호된 건강정보내역을 지면이나 전자방식으로 복사요구및 검토하실수 있는 권한이 있습니다 (추가비용). 하지만 연방법에의해 다음과같은 서류는 검토, 복사하실수 없습니다: 정신치료노트, 민사, 형사, 행정소송을 위해 준비된 법원제출용기록들, 법에 해당되는 보호된 건강기록내용물, 당신이 동의한 건강연구물, 공개되면 타인에게 물이나 해가끼칠내용물, 또는 기밀계약에 해당되는 내용물.

당신은 당신의 보호된 건강정보내역을 제한할수있는 요구권한이 있습니다. 당신은 저희사에 당신의 보호된 건강정보내역을 전체나 부분적을 당신의 치료, 지불, 보건운영에 관련된 사용, 공개를 제한할수있는 권한이 있습니다. 당신은 당신의 지정된 가족, 친척, 친구등 지정인들에게 당신의 보호된 건강정보내역을 공개하지 못하도록 제한, 요구할수있는 권한이 있습니다. 당신의 제한요구는 필히 당신이 원하는 제한사항들, 제한에 해당되는인들을 명백히 밝혀야합니다. 다만 당신의 담당의사는 당신의 제한요구사항들에 동의할 필요는 없습니다. 하지만 당신의 제한요구를 담당의사가 반드시 동의해야하는 경우는 당신이 이미 당신의 치료비가 본인의 지출로 지불이되고 그 보험회사로 당신의 보호된 건강정보내역을 공개하지 원하지않을경우 당신의 제한요구를 담당의사는 동의해야합니다.

당신은 저희사로부터 다른방식이나 다른지역으로 기밀스런 서신을 요구할수있는 권한이 있습니다. 저희사는 당신의 서신 요구를 최대한 감당할것입니다. 하지만 이 서신요구를 감당하기위해 저희사는 당신에게 다른 지불방식, 주소지정, 아님 다른 접속방식등을 당신에게 문의할수있습니다.

당신은 저희사로부터 이 고지서를 서면복사로 요구하실수 있는 권한이 있습니다. 저희사는 이 고지서를 언제든지 수정할수 있습니다. 수정시 당신의 다음 예약방문때 오시면 수정된 고지물을 받으실수 있습니다. 당신이 수정된 복사본을 원하시면 언제든지 공급될수 있습니다.

당신은 당신의 보호된 건강정보내역을 수정하실수있는 권한이 있습니다. 어떤경우는, 저희사가 당신의 수정요구를 거부할수 있습니다. 만약 저희사가 당신의 수정요구를 거부했다면, 당신은 저희사에게 이의서를 제출하실수있는 권한이 있습니다. 그런경우, 저희사는 당신의 이의에대한 저희의 이의서를 제출할수있습니다. 저희사의 이의서를 당신이 원하시면 복사본을 요구하실수 있습니다.

당신은 저희사가 당신의 보호된 건강정보내역에대한 공개내역을 (만약 공개내역이 있을시) 요구하실수있는 권한이 있습니다. 당신의 요구에 해당되는것은 모든 공개내역물과 (지면물이나 전자방식물) 단 해당치않는 내역물은: 미리 승인된 내역물, 치료, 지불, 보건행정등을 위한 공개내역물, 또한, 법적제한된 그리고 당신이 요구한 날짜로부터 6 년전의 공개내역물.

문제, 불만, 민원시

당신은 저희사로 혹시 문제나 불만, 혹은 당신의 권한이 침해됐다고 느끼시면 언제든지 저희사로 연락하실수 있습니다. 또한 저희사로 민원서를 제출하실수도 있습니다. 저희사는 어떤경우에도 **당신의 문제나 불만, 민원을 중요시 여기고 있습니다.** 그리고 저희사는 법적으로 당신의 사적내용과 당신의 보호된 건강정보내역의 기밀을 항상 보장하고자 이 고지서를 당신에게 공급합니다.

규정수락 담당자의 연락처는 다음과 같습니다:

마오 부; 이메일: mvue@asiaohio.org 전화번호: 330-535-3263

이 고지서의 유효시작기간은 2013년 11월 20일입니다.



이름:

승인서 건강기록번호:

승인내용

이 신청서에 기재된 내용은 기밀이 보장되며 또한 당신의 현재 상황을 검토하기위해 사용됩니다.

승인 대변

목적

나, 서명인은, ICHC 직원들에게 본인이 받을수있는 건강및 재무혜택을 조사할수있도록 나의 건강내역 및 재무기록들을 다른 기관에 상담하거나 분포할수있도록 허락합니다.

기록공개 승인

건강기록

나와 관련된 모든 심장질환, 면역, 알레르기기록및, 랩, 엑스레이, 안과리포트를 포함한 모든 건강, 병원기록 내용들을 ICHC 에게 공개함을 승인합니다.

또한, 나의 모든 정신적 건강에 상관이 기록및, 알콜, 마약중독이나, 에이즈, 발육결함등 모든 정신적 건강기록들을 ICHC 에게 공개할수있도록 특별히 승인합니다.

재무기록

나와 관련된 모든 재무자료, 사업체 리포트, 급여지불서, 재무혜택등을 나의 과거 및 현재 고용주, 은행, 신용기관, 정부기관과 나와관련된 다른 모든 재무기관으로부터 ICHC 가 공개 받을수있도록 승인합니다.

다른 상관이 기록내용물

끝으로, 나와 관련된 정신, 사회, 재활, 직업, 교육등에 관련된 리포트나, 진단서및 처방서등을 ICHC 에게 공개할수있도록 승인합니다.

위의 기재된 기록들을 공개받을수 있는 날짜는 나의 서명서 날짜 전 및 그날로부터 서명서날 1 년후까지 나의 승인이 유효함을 승인합니다.

만약 이 승인서를 취소하시고 싶을경우 반드시 서면으로 취소서를 작성하여 제출해야함을 이해합니다. 또한 이 승인서의 원본이 아닌 복사본도 원본과 동일한 유효효력이 있음을 이해합니다.

위에 상기된 모든 내용은 서명인이 최대한 알고있는한에서 사실이며 전부인것을 증명합니다.

책임인 서명: _____ 날짜: _____

한자 본인 서명: _____ 날짜: _____

임의적사항:

나는 _____ (허락받는이 이름) _____ (신청인과의 관계)에게 나의 신청서진행여부를 나대신 알아볼수있도록 허락합니다.

신청서 본인의 다른사람이 서명했다면 신청인과 관계여부및 허락여부를 밑에 기재해주시시오.

신청인은: 미성년자 /정신무능/결함자

신청인과 당신의 관계: 부모/법적관계/법적보호자관계

ICHC 사용란

이름: _____ 서명: _____ 날짜: _____



동의서

환자이름: _____ 건강기록번호: _____

1. 치료 동의: _____ (이름약자)

본인은 ICHC 및 이회사(병원)에있는 모든 기관들에게 본인에게 필요한 모든 치료및 건강업무를 ICHC 의 규정과 수취에따라 진행함을 허락, 승인합니다. 또한, 언제든지 본인의 결정과 필요에 따라 권유된 모든 치료를 거부할수있는 권한또한 본인에게 있음을 이해합니다.

2. 건강기록 공개 동의: _____ (이름약자)

본인은 나의 관련된 모든 건강기록내역들이 ICHC 내에있는 각다른 기관내에서 서로 사용될수있음을 허락, 승인합니다. 다만, 사용되는 목적은 환자본인의 치료를 분석하고 진단의 도움용으로서만 이용됨을 알려드립니다.

만약 환자의 치료중 전문의의 도움, 연결이 판단될시 본인의 건강기록내용들 (랩결과및 기록물등)이 권유된 전문의에게로 공유될것을 이해합니다. 다만, 환자본인의 치료에 불가피한 도움이 판단될경우에 한에서만 공유됩니다.

본인은 또한 감사나 평가용으로 나의 건강기록내용 필요시, ICHC 에게 나의 모든 건강기용내역들을 공개할수있음을 허락, 승인합니다. (이 목적은 ICHC 의 환자치료 발전과 치료 법규수락용도로 쓰여짐을 알려드립니다.) 만약 나의 건강기록내용물이 사용될경우, 본인의 이름과 주소는 절대 기재되지않음을 이해합니다.

3. 비밀보장: _____ (이름약자)

본인은 ICHC 가 환자의 건강기록내용의 사적및 기밀성을 최대한 보호함을 회사(병원)방침으로 우선을두는 회사(병원)임을 이해합니다. 또한, 사적및 기밀보호서를 ICHC 에서로부터 전해받아 검토했음을 인정합니다.

이 동의서의 전체는 본인이 ICHC 에서 치료받는기간동안 계속 유효함을 이해합니다.

환자본인 서명

날짜

부모/보호인 서명

증인서명