

[회사 Phone]

개인정보 보호관행 통보서 (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

이 통보서는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개되는지, 그리고 귀하가 그 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대해 설명해 드립니다. 주의 깊게 읽어 보십시오.

(THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU MAY OBTAIN ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.)

이 통보서에 관하여 질문이 있으면 개인정보 보호 담당자에게 문의하십시오.
(If you have any questions regarding this Notice please contact the Privacy Officer.)

이 통보서에는 저희가 귀하의 보호 대상 의료 정보를 어떻게 사용하고 공개하는지, 그리고 누구와 그런 정보를 공유하는지 대해 설명되어 있습니다. 아울러, 보호 대상 의료 정보에 귀하가 접근하여 수정할 수 있는 권리에 대해서도 설명되어 있습니다. “보호 대상 건강 정보”는 개인별 건강 정보라고 인지할 수 있는 정보입니다. 이 정보는 인구 통계학적 신상 정보를 포함하며, 귀하의 과거, 현재 또는 미래의 육체적, 정신적 건강 또는 상태 및 해당 의료 보건 서비스와 관련되어 있습니다.

(This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your *protected health information*, and with whom we may share such information. It also describes your rights to access and control your protected health information. “*Protected health information*” is information about you, including but not limited to demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.)

우리는 다음과 같은 법적 의무 사항을 수행하도록 되어 있습니다:

- 보호 대상 건강 정보에 대한 비밀 유지.
- 저희가 준수해야 하는 법적 의무와 귀하의 보호 대상 건강 정보의 사용 및 공개에 관한 개인 정보 보호 정책의 통보.

그리고, 우리는 이 개인정보 보호관행 통보서에 조건들을 준수해야 합니다. 저희는 이 통보서의 내용을 변경할 권리를 보유합니다. 저희는 귀하에 대해 미래에 입수하게 될 정보는 물론, 이미 보관하고 있는 건강 정보에 대해 수정 및 변경된 통보서의 효력을 발생시킬 수 있는 권리를 보유합니다. 개인정보 보호관행 통보서는 우리 개인정보 보호 담당자에게 전화하여 사본을 우편으로 보내 줄 것을 요청하거나, 다음 번 방문하실 때에 즉석에서 사본을 요청하여 받아 보실 수 있습니다.

(We are legally obligated to maintain the privacy of protected health information and to provide the *Notice of Privacy Practices*. We are also required to abide by the terms of this Notice of Privacy Practices. We may change the terms of our notice at any time. The new notice will be effective for all protected health information that we maintain at that time. Upon your request, we

will provide you with any revised Notice of Privacy Practices by calling the office and requesting that a revised copy be sent to you in the mail or asking for one at the time of your next appointment.)

1. 보호 대상 건강 정보의 사용 및 공개 방법 (Uses and Disclosures of Protected Health Information)

다음은 귀하의 보호 대상 건강 정보에 대해 사용과 공개가 허용되는 예입니다. 이러한 예들이 모든 경우를 빠짐 없이 보여주는 것은 아닙니다.

(The following categories describe different ways that we may use and disclose medical information. Not every possible use or disclosure in a category will be listed.)

A. 의무적인 사용 및 공개 (USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION BASED UPON YOUR WRITTEN CONSENT)

귀하는 이 통보서를 받았다는 확인서에 서명하여 제공해주라는 요청을 받을 것입니다. 동의 하시면, 귀하의 의사와 직원들, 또는 의료 서비스 제공자들이 귀하의 보호 대상 의료 정보를 이 Section 에 설명한대로 (Section 1) 사용하고 공개할수 있습니다.

(You may be asked by your physician to sign a consent form. Once you have consented to use and disclosure of your protected health information for treatment, payment and health care operations by signing the form, your physician may use or disclose your protected health information as described in this Section 1. Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you. Your protected health information may also be used and disclosed to pay your health care bills and to support the operation of the physician's practice.)

진료: (Treatment)

귀하에게 보건 의료 및 기타 관련 서비스를 제공, 조정 및 관리하기 위해 귀하의 보호 대상 건강 정보가 사용되고 공개될 것입니다. 여기엔 귀하의 보건 의료를 제 3 자와 조정하고 관리하는 것도 포함됩니다. 그리고, 귀하의 의사의 요청으로 의료 진단 및 치료를 보조하는 방식으로 귀하의 진료에 관여하게 되는 다른 의사, 또는 의료 서비스 제공자(예, 전문의, 약사, 검사실)에게 때때로 건강 정보를 제공할 수도 있습니다.

(We may use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party that has already obtained your permission to have access to your protected health information. We may also disclose protected health information to other physicians who may be treating you after we have obtained the necessary authorization from you to disclose your protected health information. For example, your protected health information might be provided to a

physician to whom you have been referred by this office to ensure that the physician has all the necessary information to diagnose or treat you.

In addition, from time-to-time we may disclose your protected health information to another physician or health care provider (e.g., a specialist or laboratory) who, at the request of your physician, becomes involved in your care by providing assistance to your physician with your health care diagnosis or treatment.)

지불: (Payment)

보호 대상 건강 정보는 진료비를 청구하기 위해 필요시 사용될 수 있습니다. 여기엔 베네핏(건강보험) 수혜 자격 여부 또는 건강 보험 보장 범위의 판정, 의료 필요상 귀하에게 제공된 제반 서비스의 검토, 의료 서비스 활용에 대한 검토 등과 같이 건강보험 회사가 귀하에게 권장된 의료 서비스를 승인하거나 비용을 지불하기 전에 수행할 수도 있는 일부 조치 등이 포함됩니다. 예를 들면, 입원 승인을 받기 위해서는 입원 승인을 얻는 데 관련된 보호 대상 건강 정보가 공개되어야 할 수 있습니다.

(Your protected health information may be used, as needed, to obtain payment for your health care services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the health care services we recommend for you such as: making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits, reviewing services provided to you for medical necessity, and undertaking utilization review activities. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan in order to obtain approval for the hospital admission.)

보건 의료 업무 수행: (Healthcare Operations)

귀하의 보호 대상 건강 정보는 보건 의료와 관련된 일상 업무를 지원하기 위해 필요시 사용 및 공개될 수 있습니다. 이러한 업무에는 서비스 품질 평가 업무, 조사, 감독 또는 직원 고과 평가, 의과 대학 학생 훈련, 면허, 제품이나 서비스에 대한 연락, 그리고 기타 보건 의료 관련 업무 수행 및 조정이 포함되되 이에 국한되지는 않습니다.

예를 들면, 이직무에서 환자들을 보는 의과 대학 학생들에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 귀하의 의사가 진찰 준비가 되었을 때 대기실에서 귀하 이름을 호명할 수 있습니다. 필요에 따라서는 예약을 잊지 않도록 알려 드리기를 위해 귀하에게 연락할 목적으로 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개할 수도 있습니다.

저희를 위해서 다양한 업무(예: 요금 청구, 기록 서비스)를 수행하는 제 3 자 “업무 수행 관계자들”과 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공유할 것입니다. 이러한 업무 수행 관계자들 또한 귀하의 건강 정보를 보호하도록 요구될 것입니다.

저희는 귀하가 관심을 가지실 수 있는 대체 치료나 기타 건강 관련 혜택 및 서비스에 대한 정보를 제공하기 위해 필요에 따라 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 예를 들면, 귀하에게 저희 MTF 에 대해서나 저희가 제공하는 서비스에 대한 뉴스레터를 보내 드리기 위해 귀하의 성명과

주소가 사용될 수 있습니다. 아울러 귀하에게 혜택을 줄 수 있는 제품이나 서비스에 대한 정보를 보내드릴 수도 있습니다.

(We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. These activities may include, but are not limited to, the following:

Training. We may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office as part of their training.

Internal Reviews and Quality Assessment. We may disclose your protected health information in the course of conducting internal reviews of our employees or in internal quality assessment activities of our office.

Business Associates. We may share your protected health information with third party "business associates" that perform various activities (e.g., billing, transcription services) for the practice. Whenever an arrangement between our office and a business associate involves the use or disclosure of your protected health information, we will have a written contract in place with such business associate that contains terms that will protect the privacy of your protected health information.

Treatment Alternatives. As necessary, we may use or disclose your protected health information to provide you with information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Marketing and Health-Related Benefits and Services. We may also use and disclose your protected health information for other marketing activities. For example, your name and address may be used to send you a newsletter about our practice and the services we offer. We may also send you information about products or services that we believe may be beneficial to you.)

B. 귀하는 정보 공개가 법규에 의해 요구되거나 인가되는 경우를 제외하고는 특정 정보가 본 체계 외부로 유출되는 것을 승인하거나 거부할 권리가 있습니다.

(Other uses and disclosures of your protected health information will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke such authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or the physician's practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.)

C. 귀하의 허가가 요구되는 보호 대상 건강 정보의 사용과 공개 (**Other Permitted and Required Uses and Disclosures That May be Made With Your Consent, Authorization or Opportunity to Object**)

일부 상황 하에서는 귀하의 보호 대상 건강 정보의 전체 및 일부의 사용이나 공개에 대해 동의하거나 반대할 기회가 주어집니다. 다음은 귀하의 동의나 반대가 요구되는 경우의 예입니다.

(We may use and disclose your protected health information in the following instances. You have the opportunity to agree or object to the use or disclosure of all or part of your protected health information. If you are not present or able to agree or object to the use or disclosure of the protected health information, then your physician may, using professional judgement, determine whether the disclosure is in your best interest. In this case, only the protected health information that is relevant to your health care will be disclosed.)

귀하의 보건 의료에 관여하는 사람들 (Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care)

귀하가 반대하지 않는 이상, 귀하의 가족, 친척, 가까운 친구, 또는 귀하가 지목하는 기타 어떤 사람에게든지, 그 사람이 귀하의 보건 의료에 직접 관련되는 유형의 건강 정보가 공개될 것입니다. 귀하의 의료 서비스에 대한 대금을 지불하는 사람에게도 정보를 제공할 수 있습니다. 그 밖에도 가족 구성원, 개인 대리인, 귀하의 진료를 책임지는 사람에게 귀하의 소재지, 일반적 상태 및 사망 사실을 통보하거나 통보하는 것을 돕기 위해 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 마지막으로, 재난 복구 노력을 돕기 위해 승인된 공공 및 사립 단체에 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개하며, 귀하의 보건 의료에 관여하는 가족이나 다른 사람들의 정보 사용과 공개를 조정할 수 있습니다.

(Unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person you identify, your protected health information that directly relates to that person's involvement in your health care or payment for your care. If you are unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose such information as necessary if we determine that it is in your best interest based on our professional judgment. We may use or disclose protected health information to notify or assist in notifying a family member, personal representative or any other person that is responsible for your care of your location, general condition or death. Finally, we may use or disclose your protected health information to an authorized public or private entity to assist in disaster relief efforts and to coordinate uses and disclosures to family or other individuals involved in your health care.)

응급시 필요한 치료 (Emergency Care)

응급시, 귀하에게 필요한 치료를 제공하기 위해 보호 대상 건강 정보가 사용되거나 공개될 것입니다.

(We may use or disclose your protected health information in an emergency treatment situation. If this happens, your physician shall try to obtain your consent as soon as reasonably practicable after the delivery of treatment. If your physician or another physician in the practice is required by law to treat you and the physician has attempted to obtain your consent but is unable to obtain your consent, he or she may still use or disclose your protected health information to treat you.)

전달 장벽 (Communication Barriers)

귀하의 의사가 전달 장벽 이후로 동의를 못받을 경우에는, 그리고 의사 판결로 귀하가 동의할 작정이라고 결정하면, 귀하에게 필요한 치료를 제공하기 위해 보호 대상 건강 정보가 사용되거나 공개될 수 있습니다.

(We may use and disclose your protected health information if your physician or another physician in the practice attempts to obtain consent from you but is unable to do so due to substantial communication barriers and the physician determines, using professional judgement, that you intend to consent to use or disclosure under the circumstances.)

D. 다음은 귀하의 동의나 반대가 업서도 사용하고 공개할수 있는 경우의 예입니다.
(Other Permitted and Required Uses and Disclosures That May Be Made Without Your Consent, Authorization or Opportunity to Object)

법적 요구 (Required By Law):

법규에 의해 사용이나 공개가 요구되는 경우, 귀하의 보호 대상 건강 정보가 사용되거나 공개될 수 있습니다.

(We may use or disclose your protected health information to the extent that the use or disclosure is required by law. The use or disclosure will be made in compliance with the law and will be limited to the relevant requirements of the law. You will be notified, as required by law, of any such uses or disclosures.)

공중 보건 (Public Health):

법에 의해 정보를 입수하도록 허용된 공중 보건 당국에 귀하의 보호 대상 건강 정보가 공개될 수 있습니다. 이러한 공개는 다음과 같은 활동에 필요할 수 있습니다.

- 질병, 상해 및 장애의 예방과 통제.
- 출생 및 사망 신고.
- 아동 학대나 무관심 신고.
- 투약에 대한 반응이나 제품 관련 문제 보고.
- 질병에 노출되었을 가능성이 있는 사람, 또는 질병에 감염되거나 병을 전파시킬 위험이 있는 사람에게 통보.
- 환자가 학대, 무관심 또는 가정 폭력의 희생자라고 믿어지는 경우 소관 정부 당국에 보고.

(We may disclose your protected health information for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information. The disclosure will be made for the purpose of controlling disease, injury or disability. We may also disclose your protected health information, if directed by the public health authority, to a foreign government agency that is collaborating with the public health authority.

We may disclose your protected health information to a public health authority that is authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. In addition, we may disclose your protected health information if we believe that you have been a victim of abuse, neglect or domestic violence to the governmental entity or agency authorized to receive such information. In this case, the disclosure will be made consistent with the requirements of applicable federal and state laws.)

전염병 (Communicable Diseases):

법적으로 허용된 경우, 전염병에 노출되었을 가능성이 있는 사람, 또는 전염병에 감염되거나 질환을 전파시킬 위험이 있을 수도 있는 사람에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

(We may disclose your protected health information, if authorized by law, to a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading the disease or condition.)

보건 감독 (Health Oversight):

감사, 조사 및 검사와 같이 법에 의해 승인된 활동들을 위해 보건 감독 기관에 귀하의 보호 대상 건강 정보가 공개될 수 있습니다. 이러한 보건 감독 기관들에는 보건 의료 체계, 정부 혜택 프로그램, 기타 정부 규제 프로그램 및 민권법 등을 감독하는 정부 기관들이 포함될 수 있습니다.

(We may disclose protected health information to a health oversight agency for activities authorized by law, such as audits, investigations, and inspections. Oversight agencies seeking this information include government agencies that oversee the health care system, government benefit programs, other government regulatory programs and civil rights laws.)

식품의약청 (Food and Drug Administration):

다음과 같은 조치를 위해 식품의약청(FDA)에 의해 의무적으로 요구되는 개인이나 회사에 저희가 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수도 있습니다:

- 부작용, 제품 결함 또는 문제 및 생물학적 제품 편차 보고.
- 제품 추적.
- 제품 리콜 조치.
- 수리 및 교체.
- 필요시, 시판 후 감시 활동 수행.

(We may disclose your protected health information to a person or company required by the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects or problems, biologic product deviations, track products; to enable product recalls; to make repairs or replacements, or to conduct post marketing surveillance, as required.)

법적 절차 (Legal Proceedings):

법원 명령이나 행정 재판(그러한 공개가 명시적으로 승인된 경우)에 응하여, 그리고 특정 상황에서는, 소환장, 개시(“디스커버리”) 요청 및 기타 적법 절차에 응하여, 사법적 또는 행정법적 절차 중에, 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

(We may disclose protected health information in the course of any judicial or administrative proceeding, in response to an order of a court or administrative tribunal (to the extent such disclosure is expressly authorized), in certain conditions in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.)

법 집행 (Law Enforcement):

다음은 포함하여 법 집행을 위하여 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

- 법적 절차에 부응
- 신원 확인 및 소재지에 대한 정보 요청
- 범죄 희생자에 관련된 정황
- 범죄 행위에 의한 것으로 추정되는 사망
- 이 office 현장에서 저질러지는 범죄
- 범죄 행위에 기인하는 것으로 믿어지는 (이 office 구내에서가 아닌) 응급 의료 상황

(We may also disclose protected health information, so long as applicable legal requirements are met, for law enforcement purposes. These law enforcement purposes include (1) legal processes and otherwise required by law, (2) limited information requests for identification and location purposes, (3) pertaining to victims of a crime, (4) suspicion that death has occurred as a result of criminal conduct, (5) in the event that a crime occurs on the premises of the practice, and (6) medical emergency (not on the Practice's premises) and it is likely that a crime has occurred.)

검시관, 장의사 및 장기 기증 (Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation):

사인을 규명하기 위한 신원 확인이나 법에 의해 승인된 그 밖의 임무 수행을 위해 검시관이나 의료 검사인에게 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 법의 승인에 따라 장의사에게 보호 대상 건강 정보를 공개할 수도 있습니다. 보호 대상 건강 정보는 시신의 장기, 안구 또는 조직을 기증하기 위해 사용되거나 공개될 수 있습니다.

(We may disclose protected health information to a coroner or medical examiner for identification purposes, determining cause of death or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law. We may also disclose protected health information to a funeral director, as authorized by law, in order to permit the funeral director to carry out their duties. We may disclose such information in reasonable anticipation of death. Protected health information may be used and disclosed for cadaveric organ, eye or tissue donation purposes.)

연구 조사 (Research):

법의 승인 하에 연구자들에게 보호 대상 건강 정보가 공개될 수 있습니다. 예를 들면, 제안된 연구 조사가 연구조사 심사 위원회에 의해 검토되고, 보호 대상 건강 정보의 프라이버시를 보장할 수 있는 프로토콜이 확립되어 위원회의 승인을 받은 연구 조사의 경우입니다.

(We may disclose your protected health information to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your protected health information.)

범죄 활동 (Criminal Activity):

해당 연방 및 주 법 하에, 보호 대상 건강 정보의 사용이나 공개가 개인이나 공중 건강과 안전에 대한 심각하고 당면한 위협을 방지하거나 감소시키는 데 필요하다고 판단되는 경우에는 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 아울러, 사법 당국이 개인의 신원을 확인하거나 개인을 체포하는 데에 필요한 경우, 보호 대상 건강 정보를 공개할 수

있습니다.

(Consistent with applicable federal and state laws, we may disclose your protected health information, if we believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public. We may also disclose protected health information if it is necessary for law enforcement authorities to identify or apprehend an individual.)

군사 활동 및 국가 안보 (Military Activity and National Security):

적절한 조건 하에, (1) 군 복무에 적합한 건강 여부에 대한 판정을 포함하여 임무를 적절히수행하기 위해 해당 군 사령부에서 필요하다고 판단하는 업무를 위해, (2) 재향군인원호처(VA)에서 베네팩 수혜 자격을 결정하는 데에, (3) 해외 복무자일인 경우 해외 군당국에 자국 군인의 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 또한 대통령또는 다른 대상자를 위한 경호 업무를 포함하여 국가 안보 및 정보 활동을 수행하기 위해 권한을 부여 받은 연방 공무원들에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

(When the appropriate conditions apply, we may use or disclose protected health information of individuals who are Armed Forces personnel (1) for activities deemed necessary by appropriate military command authorities; (2) for the purpose of a determination by the Department of Veterans Affairs of your eligibility for benefits, or (3) to foreign military authority if you are a member of that foreign military services. We may also disclose your protected health information to authorized federal officials for conducting national security and intelligence activities, including for the provision of protective services to the President or others legally authorized.)

산업재해보상 (Workmen's Compensation):

산업재해보상법 및 기타 유사하게 법적으로 확립된 프로그램에 준거하여 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

(Your protected health information may be disclosed by us as authorized to comply with workers' compensation laws and other similar legally-established programs.)

수감인 (Inmates):

귀하가 교도 시설에 수감된 경우, 그리고 아울러 이 office 에서 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 동안 이 office 에서 보호 대상 건강 정보를 작성하거나 받은 경우에는 저희가 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 이 경우에 건강 정보를 공개하는 것은 (1) 교도소에서 수감인에게 보건 의료를 제공하는 데에, (2) 수감인의 건강과 안전, 또는 다른 사람들의 건강과 안전을 위해서, 또는 (3) 교도소의 안전과 보안을 위해서 필요할 수 있습니다.

(We may use or disclose your protected health information if you are an inmate of a correctional facility and your physician created or received your protected health information in the course of providing care to you.)

2. 건강 정보에 대한 귀하의 권리 (YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU.)

A. 조사 및 사본 입수 권리 (Right to inspect and copy your protected health information)

저희가 보호 대상 건강 정보를 보관하고 있는 한, 귀하는 “지정 기록 세트”에 저장된 귀하의 보호 대상 건강 정보를 조사하고 사본을 얻을 수 있습니다. “지정 기록 세트”에는 의료 및 의료비 청구 기록, 그리고 우리가 귀하에 대한 결정을 내리는 데에 사용하는 기타기록들이 포함되어 있습니다.

이 권리에는 다음과 같은 기록들을 조사하고 복사하는 것은 포함되지 않습니다. 다음: 정신치료 관련 임상 기록, 민사, 형사 및 행정 소송이나 절차에서 사용될 것이라고 합리적으로 예상하여 정리해둔 정보, 그리고 보호 대상 건강 정보에 대한 접근을 금지하는 법 규정에 해당되는 건강 정보.

(This means you may inspect and obtain a copy of protected health information about you that is contained in a designated record set for as long as we maintain the protected health information. A “designated record set” contains medical and billing records and any other records that your physician and the practice uses for making decisions about you.

Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records; psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information. Depending on the circumstances, a decision to deny access may be reviewable. In some circumstances, you may have a right to have this decision reviewed.)

B. 제한 요구 권리 (Right to request a restriction of your protected health information)

귀하는 진료, 지불 및 보건 의료 업무 수행을 목적으로, 보호 대상 건강 정보의 어떤 부분도 사용하거나 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다. 그러한 요청은, 그러한 제한이 적용되기 원하는 곳의 저희 개인정보 보호 담당자에게 서면으로 요청하셔야만 합니다. 요청서에는 (1) 제한하기를 원하는 정보, (2) 사용이나 공개 중 어느 하나, 또는 두 가지모두를 제한하는가의 여부, (3) 제한이 적용되기를 원하는 대상자 - 예를 들면 배우자에 대한 공개-, 그리고 (4) 만기일이 명시되어야만 합니다.

귀하의 의사가 그러한 제한 요청이 어느 쪽 당사자에게도 최선책이 아니라고 판단하거나, 귀하의 의사가 그러한 요청을 합리적으로 수용할 수 없는 경우에는 귀하의 의사가 동의하지 않아도 됩니다. 제한 조치에 대해 상호간에 동의가 이루어지면, 응급 치료를 제공할 필요가 없는 한 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용하거나 공개함으로써 그 제한을 위반하는 조치는 없을 것입니다. 귀하는 이전에 동의한 제한을 언제든지 서면으로 취소할 수 있습니다.

(This means you may ask us, in writing, not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to

family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your written request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply.

Your physician is not required to agree to a restriction that you may request. If the physician believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. If your physician does agree to the requested restriction, we may not use or disclose your protected health information in violation of that restriction unless it is needed to provide emergency treatment. With this in mind, please discuss any restriction you wish to request with your physician. You may request a restriction by contacting our Privacy Officer.)

C. 비밀 연락을 요청할 권리 (Right to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location)

귀하는 다른 어떤 연락 수단이나 다른 어떤 장소로 귀하에게 연락을 해주도록 요청할 수 있습니다. 저희는 귀하의 요청 이유를 묻지 않을 것이며, 합리적인 요청은 가능한 한 수용할 것입니다.

(We will accommodate reasonable requests. We may also condition this accommodation by asking you for information as to how payment will be handled or specification of an alternative address or other method of contact. We will not request an explanation from you as to the basis for the request. Please make this request in writing to our Privacy Officer.)

D. 수정을 요청할 권리 (Right to have your physician amend your protected health information)

귀하에 대하여 저희가 보유하고 있는 정보가 부정확하거나 불완전하다고 생각하시면, 저희가 이러한 정보를 보관하고 있는 한, 귀하의 보호 대상 건강 정보를 수정하도록 요청하실 수 있습니다. 저희는 수정 요청을 접수하기는 하지만, 수정에 대해 동의할 의무는 없습니다.

(This means you may request an amendment of protected health information about you in a designated record set for as long as we maintain this information. In certain cases, we may deny your request for an amendment. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.)

E. 공개 내역에 대한 권리 ((Right to receive accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information)

귀하의 보호 대상 건강 정보에 대한 공개 내역을 제공해 줄 것을 요청하실 수 있습니다. 이 권리는 개인정보 보호관행 통보서에 기술된 바와 같이 진료, 진료비 지불 및 보건 의료 업무 수행을 제외한 목적의 공개에 적용됩니다. 내역 제공은 2003년 4월 14일 이후의 공개, 그리고 요청일로부터 6년 이내의 공개에만 해당됩니다. 이 권리는 귀하에게 공개된 내용이나 이 office 인명록을 위해 귀하가

승인한 공개, 그리고 귀하의 진료에 관여하고 있는 가족이나 친지에 대한 공개나 통보를 위한 공개에는 해당되지 않습니다. 이 정보를 받을 권리에 본 통보에서 전술된 바와 같이 추가적 예외 사항, 제한 및 제약 사항이 따릅니다.

F. 본 통보서의 사본을 받을 권리 (Right to obtain a paper copy of this notice from us)

귀하의 저희로부터 이 통보서의 복사본을 얻을수잇읍니다.

(Upon request, even if you have agreed to accept this notice electronically.)

3. 진정 사항 (COMPLAINTS)

개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각하시면 소속 저희 개인정보 보호 담당자나, 또는 보건후생부(DHHS)에 서면 작성된 진정서를 제출하실 수 있습니다. 진정서를 제출하는 데 대해 어떠한 보복 행위도 없을 것입니다.

연락처 (Contact)

[Address]

[Phone]

[Email]

이 통보서의 모든 내용은 2003년 4월 14일자로 유효하게 됩니다.
(This notice was published and becomes effective on April 14, 2003.)