

개인정보 관행통지서

이 통지는 2003 년 4 월 14 일 부로 발효되었으며, 2025 년 7 월 개정됨.

본 공지는 다음을 설명합니다:

귀하의 의료 또는 건강 정보가 사용되고 공개되는 방법과 귀하가 이러한 정보에 접근할 수 있는 방법.

귀하의 건강 정보에 관한 귀하의 권리.

귀하의 건강 정보에 대한 개인정보 보호 또는 보안 침해, 또는 귀하의 정보에 관한 귀하의 권리에 대해 불만을 제기하는 방법.

귀하는 본 공지의 사본(종이 또는 전자 양식)을 받을 권리가 있으며, 질문이 있는 경우 의료 서비스 제공자와 논의할 권리가 있습니다.

주의 깊게 검토하시기 바랍니다.

오렌지 카운티 클라이언트 귀하:

귀하의 의료 및 행동 건강 치료 정보와 기록은 개인적이고 사적입니다. 오렌지 카운티는 귀하의 건강 정보를 보호할 의무가 있습니다. 본 기관이 관리하는 의료 및 행동 건강 정보는 PHI (Protected Health Information, 보호 대상 건강 정보)로 간주됩니다. 본 기관은 연방법 및 주 법의 요구에 따라 귀하의 의료 및 행동 건강 정보를 보호해야 하고, 그 정보를 공개해야 하는 경우에는 귀하가 서명한 승인서를 받아야 합니다.

오렌지 카운티는 법적 요구에 의하여, 귀하의 의료 및 행동 건강에 대한 본 기관의 법적 의무와 개인정보 보호 관행에 관한 본 통지서를 귀하에게 제공해야 합니다. 본 통지서는 본 기관이 귀하의 PHI 를 어떻게 합법적으로 사용할 수 있는지 설명하며, 귀하의 PHI 비밀 유지와 관련된 귀하의 권리를 설명합니다. 본 기관은 본 통지서에 명시되어 있는 모든 규정을 준수해야 합니다. 본 기관은 본 통지 조항을 수정할 수 있는 권리가 있으며, 이는 본 기관이 관리하는 모든 보호 대상 건강 정보에 효력을 갖습니다.

질문이 있거나 추가 정보가 필요한 경우, 오렌지 카운티 보건국 규정 준수 사무실 (714) 568-5614 로 연락하거나, (714) 834-4082 로 카운티 개인정보 보호책임자에게 문의할 수 있습니다.

감사합니다.

귀하의 PHI 를 본 기관에서 사용하고 공개 할 수 있는 경우

귀하의 건강 정보의 비밀 유지 및 보호는 본 기관에 매우 중요한 사안입니다. 본 기관에 종사하는 의사, 심리치료사 및 직원들은 환자/내담자의 PHI 에 대한 비밀 유지 및 보호 의무가 있으며, 본 기관은 부적절한 사용 및 공개로부터 귀하의 PHI 를 보호하기 위하여 자체 관리 규정 및 절차를 운영하고 있습니다. 하지만 규정상 본인 승인 없이 본 기관이 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있는 경우가 있으며, 해당 상황들을 아래 사례들을 통해 간략하게 설명해 드릴 것입니다. 각 항목에는 모든 해당 사례가 포함되어 있지 않습니다. 그러나 본 기관에게 허용된 귀하의 PHI 사용 및 공개 방법은 아래 항목 중 하나에 해당됩니다. HIV/AIDS 와 약물 그리고/또는 알콜 남용 정보의 사용 및 공개 상황에 관한 내용은 본 통지서의 후반부에서 별도로 설명해드릴 것입니다.

1. 치료

본 기관은 귀하의 건강과 관련하여 필요한 치료, 사례 관리 및 조정, 건강 관리 서비스, 또는 공공 서비스, 주택 서비스와 같은 관련 서비스 제공을 위해 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 또한 귀하를 치료하거나 지역사회 기관과 같은, 귀하의 치료와 관련된 서비스 제공자에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

2. 비용 지불

본 기관은 카운티에서 귀하에게 제공하는 치료 및 건강 관련 서비스에 대한 비용 지불, 청구 및 수령 처리를 위해 귀하의 PHI 를 사용 또는 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 비용 수령을 위하여 메디칼 또는 메디케어 청구서에 귀하를 특정할 수 있는 정보, 진단명, 그리고 제공된 서비스 정보를 포함할 수 있습니다.

3. 건강 관리 업무

본 기관은 오렌지 카운티의 업무 수행 지원을 위해 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 본 기관의 치료 및 서비스를 검토하고 평가하기 위해, 또는 제공하는 서비스의 질과 효과를 향상시키기 위한 노력의 일환으로 귀하의 PHI 를 사용할 수 있습니다. 또한 본 기관은 오렌지 카운티 내 직원 또는 청구, 자문, 의료 및 행동 건강 서비스, 감사, 계약, 인가, 수사 및 기타 서비스를 수행하는 업무 제휴 기관들에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

4. 법적 요구 조건

본 기관은 연방법, 주 법 또는 지역 법의 요구에 따라 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 보건복지부 (Department of Health and Human Services, DHHS) 에서 귀하의 PHI 를 포함한 본 기관의 규정 준수 방침을 검토할 수 있습니다.

5. 업무 제휴 기관

일부 서비스들은 “업무 제휴 기관 (Business Associates) ”이라 불리는 계약 대상을 통해 제공됩니다. 본 기관은 비용 지불, 건강 관리 업무 그리고/또는 치료와 같은 특정한 서비스 제공을 위해 업무 제휴 기관과 계약을 체결할 수 있습니다. 이러한 업무 제휴 기관은 귀하의 PHI 보호 규정 준수에 반드시 동의해야 합니다. 본 기관은 업무 제휴 기관이 서비스를 실행할 수 있도록 필요한 최소한의 PHI 만 제공합니다. 본 기관은 업무 제휴 기관이 귀하의 PHI 보호 규정을 준수하도록 요청하고 있습니다. 카운티를 대신하여 귀하의 PHI 를 수령, 관리, 또는 전송하는 업무 제휴 기관 및 하청 업체의 예로는 청구 회사, 전자 처방 게이트웨이, 건강 정보 교환 (Health Information Exchange, HIE), 행동 건강 서비스 제공자 및 개인 건강 전자 기록 사업자 등이 있습니다.

6. 보건 감독 업무

본 기관은 연방 정부 또는 주 정부가 관장하는 감사, 범죄 수사, 조사 활동, 정부 수혜 프로그램의 감독에 필요한 각종 활동을 위해 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

7. 공중 보건 활동

본 기관은 법적 요구 조건에 따라, 특정 질병, 상해, 상태, 질환, 그리고 사건 보고를 위해 공중 보건 관리 당국 또는 정부 기관에 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 주 정부 기관의 질병 확산에 관한 조사를 돕기 위해, 또는 근무지 안전 상태에 관한 연방 정부의 규정을 준수하기 위해 귀하의 의료 기록을 공개할 수 있습니다.

8. 학대, 방치, 또는 가정 폭력 피해자

본 기관은 의심되는 학대, 방치, 또는 가정 폭력을 정부 기관에 신고하기 위해 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다. 본 기관은 귀하가 동의하는 경우, 법적인 요구가 있을 경우, 또는 누군가를 심각한 위해로부터 보호해야 하는 경우에만 이 정보를 공개합니다.

9. 소송 및 법적 절차

본 기관은 법원 또는 행정재판소의 명령, 소환장, 또는 기타 법적 절차에 응하여 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 본 기관은 또한 소송 또는 중재에 대한 법적 대응과 같이 법이 허용하는 절차에 따라 본인 승인 없이 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다.

10. 법 집행

본 기관은 범죄 행위로 인한 사망의 의심되는 경우 실종자, 용의자, 및 도주자의 신원 및 위치 파악을 돕기 위하여, 본 기관의 클리닉 및 사무실 내에서 발생한 범죄 신고를 위하여, 또는 범죄로 인해 발생한 특정 상해, 부상, 또는 사망 사실을 보고하기 위하여 수색 영장 또는 법원 명령과 같은 법적 절차에 따라 경찰관, 보안관, 또는 FBI 와 같은 법 집행관들에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

11. 검사관, 법의관 및 장례지도사

본 기관은 사망자의 신원 파악, 사인 판정 또는 기타 공무 수행에 필요한 용도로 장례지도사, 검사관, 그리고 법의관에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

12. 장기 및 조직 기증

본 기관은 장기, 안구 또는 조직 기증 및 이식을 담당하는 기관에 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

13. 연구

본 기관은 의학 연구 윤리 심의 위원회 (Institutional Review Board, IRB) 의 승인 하에 연구 목적으로 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 연구 윤리 심의 위원회는 연방법에 따라 연구 제안 검토 및 승인하고 임상 실험에 참가하는 피험자의 안전과 개인 정보 보호 확립을 위한 규약 제정 책임이 있는 의결 위원회입니다.

14. 심각한 건강 및 안전상 위험

본 기관은 귀하 또는 타인의 건강 또는 안전에의 심각한 위험을 피하기 위하여 또는 감소시키기 위하여 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다.

15. 재소자

본 기관은 재소자에게 개인정보 관행 통지서를 제공해야 할 의무가 없습니다. 만약 귀하가 교정 시설의 재소자일 경우 또는 유치장에 구금되었을 경우, 귀하 또는 타인의 건강과 안전 보호를 위하여 교정 시설 또는 법 집행관에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

16. 군사 활동 및 국가 안보

본 기관은 군사 임무의 적절한 수행을 위해 필요하다고 판단되는 경우, 군 관계자의 PHI 를 군 지휘 당국에 공개할 수 있습니다. 또한 국가 안보, 정보 활동, 또는 대통령, 정부 관료 및 고위 인사를 보호하기 위한 목적으로 연방 공무원에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

17. 정부 복지 프로그램

본 기관은 귀하께서 메디케어, 메디칼, 생활보조금 (supplemental Security Income, SSI)과 같은 정부 복지 프로그램 또는 기타 복지 혜택 및 서비스 수혜 자격을 가질 수 있도록 돕기 위하여 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 또한 본 기관은 귀하에게 가능한 치료 옵션, 건강 관련 혜택 또는 관련 서비스 정보를 알려드리기 위해 연락할 수 있습니다.

18. 근로자 산업 재해 보상

본 기관은 근로자 산업 재해 보상 보호법 (Workers' Compensation Laws) 및 업무상 재해 또는 질병 관련 혜택을 제공하는 기타 유사 프로그램의 규정을 준수하기 위하여 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 보상 청구 관리자, 보험사 및 근로자 산업 재해 보상 청구 평가 관련 책임자에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다.

19. 귀하의 치료와 관련된 또는 지불에 관련된 가족 및 친구

본 기관은 귀하의 치료 및 지불에 관련된 가족, 친구, 또는 대리인에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 진료실에 귀하의 친구 또는 가족과 동행하실 수 있습니다. 만약 귀하의 가족과 친구에게 PHI 를 공개하는 것을 원하지 않으시면, 본 기관에 구두 또는 서면으로 알려주십시오.

20. 재난 구호

본 기관은 재난 상황시 귀하에게 필요한 치료를 제공하기 위하여 또는 귀하의 가족을 찾는 데 도움을 드리기 위하여 귀하의 이름, 거주 도시, 나이, 성별, 그리고 전반적인 상태 정보를 공공/민간 재난 구호 기관에 공개할 수 있습니다.

21. 미성년자의 부모 또는 법적 보호자

대부분의 경우 본 기관은 미성년 자녀의 PHI 를 귀하에게 공개할 수 있습니다. 하지만 몇몇 상황에서는 법적 요구에 따라 본 기관은 미성년 자녀의 PHI 에 대한 귀하의 공개 요청을 거부할 수 있습니다. 예를 들면 12 세 이상의 환자가 전염병 치료를 받아야 하는 경우, 본 기관은 PHI 공개 요청 및 접근을 반드시 거부해야 합니다. 또한, 결혼한 미성년자 또는 법원이 부모로부터의 자립을 허가한 미성년자는 본인의 건강 치료 관련 문제를 스스로 결정할 수 있는 성인과 같은 권리를 가지므로, 본 기관은 미성년 자녀의 PHI 에 대한 귀하의 공개 요청 및 접근을 반드시 거부해야 합니다.

22. 예약 확인

본 기관은 진료 예약 및 기타 귀하에게 필요한 건강 치료 관련 문제 확인을 위하여 귀하가 제공한 PHI 를 사용할 수 있습니다.

23. 예방접종 기록

본 기관은 부모, 보호자, 또는 자립한 미성년자의 후견인의 서면 또는 구두 승인을 받은 경우, 예방접종 또는 기타 법에 따라 귀하의 미성년자 자녀가 다니고 있는 또는 다닐 예정의 학교에 예방접종 증명서 및 관련 정보를 공개할 수 있습니다.

24. 신원 확인

본 기관은 신원 확인의 목적으로 귀하의 사진을 찍을 수 있으며, 사진은 귀하의 의료 기록에 저장됩니다. 만약 사진 찍는 것을 원하지 않는 경우, 귀하의 서비스 제공자에게 연락하셔서 거부 의사를 전달하실 수 있습니다.

25. 건강 정보 교환 (Health Information Exchange, HIE)

본 기관은 귀하의 건강 정보를 귀하의 치료와 관련된 다른 서비스 제공자와 컴퓨터 네트워크를 통해 공유할 수 있습니다.

본 기관은 치료 목적을 위하여 HIE 에 참여할 수 있습니다. HIE 는 의료 및 건강 관리 서비스 제공자들이 환자의 정보를 공유할 수 있도록 해주는 네트워크이며, 관련 서비스 제공자들은 개인 정보 보호에 대한 연방법 및 주 법을 엄격히 준수해야 합니다. 귀하가 이 과정을 선택하고 싶으신 경우, 치료에 필요한 참여 의료 서비스 제공자와 귀하의 건강 정보를 전자적으로 공유해 드리겠습니다. 법적 요구에 따라, 귀하가 서명한 승인서를 필요로 하는 귀하의 건강 정보는 귀하의 동의 없이 다른 서비스 제공자들과 공유되지 않을 것입니다. 귀하가 동의하기로 선택한 경우, 이를 위한 특정한 서명된 공개 및 정보 제공 동의서를 받게 됩니다.

귀하의 건강정보교환에 관한 데이터 수집 금지를 원하시는 경우, 언제든지 귀하의 서비스 제공자에게 언제든지 연락하십시오.

26. 전자 건강 기록 (Electronic Health Records, EHR)

본 기관은 귀하의 건강 기록 보관하고 조회할 수 있도록 EHR (전자 건강 기록 시스템) 을 사용할 수 있습니다. EHR 의 장점은 직원 및 귀하의 치료에 관련된 지역 건강 관리 서비스 제공자들이 건강 정보를 공유하고 교환할 수 있는 것입니다. 본 기관이 귀하의 정보를 EHR 에 입력하면, 공유 데이터베이스 또는 건강 정보 교환 시스템을 이용하여 그 정보를 공유할 수 있습니다. 마찬가지로 공유 데이터베이스 또는 건강 정보 교환 시스템을 통해, 귀하의 치료에 관련된 건강 관리 서비스 제공자들로부터 귀하의 정보를 받을 수 있습니다. 귀하의 정보 공유 및 교환에 관한 문의 또는 우려 사항이 있으시면 귀하의 서비스 제공자와 상의하시기 바랍니다.

27. 본 기관과 귀하의 가족 및 대리인과의 의사소통 – 귀하가 함께 있는 경우

본 기관이 귀하의 PHI 에 관하여 논의할 때 귀하의 가족 또는 귀하의 치료에 관련된 대리인이 동행하는 경우가 있습니다. 만약 귀하의 PHI 를 가족 또는 대리인과 함께 논의하는 것을 원하지 않는다고 미리 알려주시면, 본 기관은 그 가족 또는 대리인이 함께 있을 때 귀하의 PHI 를 논의하지 않을 것입니다.

28. 본 기관과 귀하의 가족 및 대리인과의 의사소통 – 귀하가 없는 경우

본 기관은 응급 상황 또는 귀하가 동의/반대와 같은 의사 결정이 불가능한 상황에 처한 경우에는, 귀하의 가족 또는 귀하의 치료에 관련된 대리인에게 귀하의 PHI 를 공개할 수 있습니다. 이러한 상황에서는 본 기관이 전문적인 견해를 바탕으로 PHI 공개가 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단하여 이를 공개할 수 있으며, 가족 또는 대리인에게는 최소한의 PHI 만 공개될 것입니다. 예를

들어, 본 기관은 귀하의 가족 또는 대리인에게 귀하가 즉각적인 조치가 필요한 전염병에 노출되었을 가능성에 관한 정보를 공개할 수 있습니다.

귀하가 서명한 승인서를 필요로 하는 PHI 사용 및 공개

본 기관은 본 통지서에서 다루지 않은 항목들에 해당하는 경우에는, 귀하로부터 서명 승인서를 통해 권한을 부여받은 후에 귀하의 PHI 를 사용하고 공개할 것입니다. 귀하는 언제든지 서면으로 본 기관에의 권한 부여를 철회할 수 있으며, 이러한 경우 본 기관은 귀하의 서면 승인서에 표기된 사유에 대한 PHI 사용 및 공개를 중단할 것입니다. 귀하의 권한 부여 철회 이전에 이루어지는 PHI 공개는 이 철회의 영향을 받지 않습니다.

보호된 건강 정보의 재공개

이 공지에 따라 공개된 정보는 수신자가 다시 공개할 가능성이 있으며, 일단 공개되면 더 이상 보호되지 않습니다.

HIV/AIDS 정보 사용 및 공개

캘리포니아 주에서는 귀하의 HIV/AIDS 관련 정보를 특별법으로 보호하고 있습니다. 일반적으로 귀하의 HIV/AIDS 검사 결과를 공개할 경우에는 반드시 귀하로부터 구체적으로 HIV/AIDS 검사 결과 공개를 허가하는 서면 승인서를 받아야 하며, 이 서면 승인서는 각각의 공개마다 필요합니다. 하지만 본 기관은 보고 법률 규정에 따라 공중 보건 조사, 통제, 또는 감시의 목적으로 귀하의 승인 없이 귀하의 HIV/AIDS 검사 결과를 공개 및 보고할 수 있습니다. 또한 환자 진단, 간호, 또는 치료를 위하여 귀하의 서면 승인서 없이 직접 건강 서비스 제공자에게 검사 결과를 공개할 수 있습니다.

귀하에게 HIV/AIDS 검사를 지정해준 주치의는 진단, 간호, 또는 치료를 목적으로 귀하의 치료와 관련된 건강 서비스 제공자들에게 검사 결과를 공개할 수 있습니다.

귀하의 약물 및 알코올 사용 장애 기록의 이용과 공개

귀하의 약물 및 알코올 사용 장애의 기밀유지는 42USC 290dd-2 와 보건복지부(HHS) 규정 42 CFR Part 2 – 마약 사용 장애 환자 기록의 기밀유지에 의하여 보호됩니다. 일반적으로 저희는 귀하의 프로그램 참여나 귀하를 알코올이나 마약 남용 문제가 있다고 외부에 확인하는 것이 다음과 같은 경우를 제외하고는 허용되지 않습니다.

- (1) 귀하께서 서면으로 동의하는 경우;
- (2) 다수의 42 CFR Part 2 프로그램 등록을 방지하기위한 공개;
- (3) 법원 명령에 의해 공개가 허락된 경우;
- (4) 선의의 의료 응급상황을 맞추기 위해 의료인에게 필요한 범위까지 공개되는 경우;
- (5) 과학 연구를 수행할 목적으로 공개되는 경우; 또는
- (6) 특정한 감사 그리고/혹은 평가 목적으로 공개되는 경우.

연방 법률 및 규정에 따라 저희 프로그램에서 귀하에 대한 개인 식별 정보를 법 집행기관이나 공무원에게 저희 프로그램에서 또는 프로그램 구내에서 일하는 사람 또는 그러한 범죄를 저지를 수 있는 위협에 대해 귀하가 범한 범죄에 대해 알릴 수 있습니다.

연방 법률 및 규정에 따라 저희 프로그램은 주 법률에 의거하여 아동 학대 혐의 또는 주 또는 지방 당국에 방치와 관련하여 귀하에 관한 개인 식별 정보를보고 할 수 있습니다.

귀하로부터 서면 동의를 받은 경우, 치료, 지불 및 건강 관리 운영 목적의 향후 모든 사용 또는 공개에 대해 단일 동의가 사용될 수 있습니다.

기록 또는 해당 기록의 내용을 전달하는 증언은 귀하의 구체적인 서면 동의나 법원의 명령에 근거하지 않는 한, 귀하에 대한 민사, 행정, 형사 또는 입법 절차에서 사용되거나 공개되지 않습니다. 기록은 통지 후 법원의 명령에 따라 사용되거나 공개될 수 있으며, 42 USC 290dd-2 및 42 CFR Part 2 에서 요구하는 경우 귀하 또는 기록 보유자에게 청취 기회가 제공됩니다. 또한, 기록의 사용 또는 공개를 승인하는 법원 명령에는 해당 기록을 사용하거나 공개하기 전에 공개를 강제하는 소환장 또는 이와 유사한 법적 명령이 첨부되어야 합니다.

귀하의 서면 동의에 따라 치료, 지불 및 의료 운영 목적을 위해 파트 2 프로그램, HIPAA 적용 대상 기관 또는 비즈니스 파트너에게 공개되는 기록은 HIPAA 규정이 허용하는 범위 내에서 귀하의 서면 동의 없이 파트 2 프로그램, 보장 기관 또는 비즈니스 파트너에 의해 추가로 공개될 수 있습니다.

귀하는 지난 3 년간의 중개 기관이 수행한 정보 공개 내역 목록을 받을 권리가 있습니다.

귀하는 이 공지 사항에 대해 귀하의 의료 제공자, 카운티 그리고/또는 보건국 규정 준수 사무실과 논의할 권리가 있습니다.

만약 42 USC 290dd-2 그리고 42 CFR Part 2 에 의해 보호되는 귀하의 정보의 프라이버시가 침해되었다고 생각드시면, 미국 연방 지방 검찰청, 캘리포니아 센트럴 지구, 산타아나 지점 411 W. Fourth Street, Suite 8000, Santa Ana, CA 92701 또는 전화 (855) 898-3957 로 연락하시면 됩니다.

귀하의 PHI 에 대한 귀하의 권리

1. 사본 열람 및 취득의 권리

특정 상황을 제외하고, 귀하는 본 기관이 보유한 귀하의 PHI 를 열람하고 사본을 취득할 권리가 있으며, 이 기록에는 귀하의 의료 기록, 의료 관련 결정 사항, 그리고 청구 기록이 포함되어 있습니다. 귀하는 오렌지 카운티가 보유하고 있는 모든 양식의 기록을 열람할 수 있는 권리가 있으며, 제 3 자에게 기록을 보내도록 지정할 수 있습니다. 열람 및 사본 요청은 반드시 서면으로 접수하셔야 하며, 귀하의 요청 처리 과정에 필요한 복사, 우편 발송 및 관련 물품 사용에 대한 비용이 청구될 것입니다. 특정 상황에서는 본 기관이 귀하의 열람 및 사본 요청을 거부할 수 있습니다. 이러한 경우, 본 기관은 귀하에게 거부 이유를 서면으로 알려드릴 것이며, 거부 사항에 대한 재검토를 요구할 수 있는 귀하의 권리에 대해 설명해드릴 것입니다.

- 21 세기 치료법 (21st Century Cures Act) 최종 규칙은 귀하의 보호된 건강 정보(PHI)에 대한 접근 권리에 대한 예외를 규정하고 있습니다. 정보 차단 최종 규칙에 따라 예외가 적용되는 경우, 귀하의 PHI 에 대한 접근을 거부할 수 있는 상황이 발생할 수 있습니다. 그러나, 예외가 적용되지 않고 법에 따라 PHI 에 대한 접근 권한을 제공하지 않는 경우 정보 차단으로 간주될 수 있습니다. 귀하의 PHI 에 대한 접근이 부적절하게 거부되었다고 판단되면 오렌지 카운티 보건국 규정 준수 사무실 (Office of Compliance, OOC) 또는 미국 보건의료정보기술조정국(Office of the National Coordinator, ONC)에 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 사항은 여기에서 ONC 에 제출할 수 있습니다: <https://inquiry.healthit.gov/support/plugins/servlet/desk/portal/6>

2. 검사 결과 보고서 사본 열람 및 취득의 권리

귀하는 적절한 인증 절차가 완료된 이후, 오렌지 카운티 공중 보건 검사실에서 제공하는 귀하의 검사 결과 또는 보고서 기록을 열람하고 사본을 취득할 권리가 있습니다. 열람 및 사본 요청은 반드시 서면으로 접수하셔야 하며, 귀하의 요청 처리 과정에 필요한 복사, 우편 발송 및 관련 물품 사용에 대한 비용이 청구될 것입니다.

3. 수정 요청의 권리

귀하의 PHI 에 오류가 있거나 주요 정보가 누락되었다고 생각하시는 경우, 귀하는 본 기관에 기존 정보의 수정 또는 추가를 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 수정 요청은 반드시 서면으로 접수하셔야 하며, 수정 또는 추가 되어야 할 정보가 무엇인지, 수정 또는 추가의 이유는 무엇인지 설명하셔야 합니다. 본 기관은 귀하의 요청을 검토한 후에 서면으로 결과를 알려드릴 것입니다. 검토가 승인된 경우에는 귀하의 PHI 정보를 수정 또는 추가해드릴 것입니다.

귀하의 요청이 서면으로 접수되지 않은 경우, 또는 서면 요청시 수정 또는 추가 요청의 이유가 명시되지 않은 경우 본 기관은 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 그 외에 본 기관이 귀하의 PHI 정보 수정 또는 추가 요청을 거부할 수 있는 상황은 다음과 같습니다.

- 해당 정보에 오류가 없고 정확한 경우;
- 본 기관이 해당 정보를 작성하지 않은 경우 또는 이 정보를 작성한 사람이 더 이상 정보를 수정할 수 없는 상황인 경우;
- 귀하가 열람하고 사본을 취득하도록 허용된 정보가 아닌 경우

본 기관이 귀하의 수정 요청을 거부할 경우, 본 기관은 거부 결정의 이유를 설명하고, 귀하의 이의 제기서 제출 권리에 대한 설명이 포함된 서면을 보내드릴 것입니다. 이의 제기서는 5 페이지 이상을 초과하지 않아야 합니다. 만약 본 기관이 귀하의 이의 제기서를 최초의 PHI 정보 수정 요청 및 본 기관의 거부 서면과 함께 귀하의 의료기록에 첨부하기를 원하시는 경우, 서면에 확실하게 명시해주셔야 합니다.

4. 공개 내역 요청의 권리

귀하에게는 본 기관이 귀하의 PHI 를 공개한 내역을 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 내역 요청은 반드시 서면으로 접수하셔야 하며, 요청 날짜로부터 과거 6 년 간의 공개 내역을 제공합니다.

공개 내역 요청은 우편으로 제출하시거나 (주소: Orange County Health Care Agency, Custodian of Records, P.O. Box 355, Santa Ana, CA 92702), 아래 링크에서 직접 요청서를 작성하실 수 있습니다.

<http://ochealthinfo.com/about/admin/programs/records>

귀하는 연 1 회에 한해 무료로 공개 내역을 제공받으실 수 있으며, 제공일 후 1 년 내에 추가 내역을 요청할 경우 요금이 부과됩니다.

다음 목록은 공개 내역에 포함되지 않습니다:

- 귀하가 PHI 사용 및 공개에 이미 서면으로 동의한 사항
- 진료, 지불, 또는 건강 관리 업무와 관련된 사항
- 귀하의 가족 또는 귀하의 치료에 관련된 대리인에게 공개한 사항
- 교도소, 구치소 또는 법 집행 기관에 공개한 사항
- 공개 내역 요청의 권리에 해당되지 않는 사항

전자 건강 기록 (EHR)의 경우, 귀하의 진료, 지불 및 건강 관리 업무와 관련된 사항이 공개 내역에 포함될 수 있습니다. 이 내역은 요청일로부터 3 년 이내, 그리고 2014 년 1 월 이후의 기간에 대해서만 공개됩니다.

5. PHI 사용 및 공개 제한 요청의 권리

귀하에게는 본 기관이 진료, 치료비 지불 및 건강 관리 업무를 위해 귀하의 PHI 를 사용 및 공개하는 범위를 제한하도록 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 예를 들어, 귀하는 본 기관이 귀하의 치료 또는 지불과 관련된 누군가와 귀하의 정보를 공유하는 범위를 제한하도록 요청할 수 있습니다. 또한 귀하의 배우자에게 제한된 범위의 정보만 공개하도록 요청할 수 있습니다. 본 기관의 검토를 위하여 제한 요청은 반드시 서면으로 접수하셔야 합니다. 본 기관이 귀하의 요청에 동의한다면 법적 요구가 있는 경우 또는 치료에 필수적이라고 판단하는 경우를 제외하고, 귀하의 해당 PHI 를 사용 또는 공개시 해당 제한 규정을 준수할 것입니다.

본 기관은 귀하의 공개 제한 요청에 동의해야 할 의무가 없습니다. 다만, 서비스 또는 건강 관리 업무 관련 비용을 귀하 또는 귀하의 대리인이 전액 부담 및 지불하는 경우에는, 귀하가 본 기관이 치료비 지불 또는 건강 관리 업무 관련 목적으로 해당 보험 플랜, 보험 회사 또는 업무 제휴 회사에 귀하의 PHI 를 공개하는 것에 대한 제한 요청을 할 수 있습니다. 하지만 법적인 요구가 있는 경우, 본 기관은 해당 보험 플랜, 보험 회사 또는 업무 제휴 회사에 귀하의 PHI 를 공개 할 수 있습니다.

만약 귀하 또는 귀하의 대리인이 서비스 또는 건강 관리 업무 관련 비용을 전액 부담 및 지불하지 않는 경우, 본 기관은 진료, 치료비 지불 또는 건강 관리 업무 관련 목적으로 귀하의 PHI 사용하고 공개하는 것에 대한 귀하의 제한 요청에 동의할 의무가 없습니다. 본 기관은 접수된 모든 요청을 검토할 것이며, 만약 본 기관이 요청을 거부할 경우 거부 이유를 서면으로 알려드릴 것입니다.

본 기관이 치료비 지불 또는 건강 관리 업무를 목적으로 귀하의 PHI 를 사용하고 공개하는 것에 대한 제한 요청을 하시려면 우편으로 제출하시거나 (주소: Orange County Health Care Agency, Custodian of Records, P.O. Box 355, Santa Ana, CA 92702), 아래 링크에서 직접 요청서를 작성하실 수 있습니다. <http://ochealthinfo.com/about/admin/programs/records>

6. 비밀 의사소통 요청의 권리

귀하에게는 귀하의 개인 정보 보호를 위한 연락 수단을 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 예를 들어, 귀하는 본 기관이 귀하의 직장 전화번호를 통해서만 연락하거나, 특정한 주소로 우편을 발송하도록 요청할 수 있습니다. 요청은 반드시 서면으로 접수하셔야 하며, 연락받기를 원하는 방법 또는 장소를 정확하게 명시하셔야 합니다. 본 기관은 요청이 합리적이라고 판단되는 경우 귀하가 요청한 방법으로 연락할 것입니다.

만약 귀하의 PHI 가 전자 건강 기록 시스템에 저장되어 있는 경우, 귀하는 오렌지 카운티가 제공하는 전자 문서 방식으로 사본을 요청할 수 있습니다. 또한 귀하는 본 기관이 제 3자에게 직접 기록의 전자 문서 사본을 전송하도록 요청할 수 있습니다.

만약 귀하의 추가 요청 횟수가 합리적인 횟수보다 과도하게 많은 경우 본 기관은 귀하에게 초과 횟수에 해당하는 요금을 부과할 수 있습니다.

7. 권한 부여 취소의 권리

귀하에게는 PHI 사용 및 공개에 대한 서면 승인서를 언제든지 철회하거나 취소할 권리가 있습니다. 철회 및 취소는 반드시 서면으로 접수하셔야 합니다. 귀하가 서면 승인서를 철회하는 경우 본 기관은 귀하의 PHI 사용 및 공개를 중지할 것입니다. 하지만 이미 승인서가 유효할 때 이미 사용했거나 공개한 PHI 는 철회 또는 취소할 수 없습니다.

카운티는 귀하의 서면 승인서 여부와 상관없이 귀하가 카운티로부터 제공받은 진료 기록을 보관해야 하는 법적 의무가 있습니다. 귀하에게는 그 진료 기록을 삭제하도록 요청할 수 있는 권리가 없습니다.

8. 본 통지서 사본에 대한 권리

재소자가 아닌 경우, 귀하는 언제나 본 통지서 사본을 수령할 권리가 있습니다.

9. 위반 고지

보안 조치가 취해지지 않은 귀하의 PHI 가 유출된 경우 카운티는 귀하에게 유출 경위에 관해 고지해야 합니다.

10. 민원 접수에 대한 권리

본 공지, 귀하의 개인정보 보호 권리에 대해 궁금한 점이 있거나 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 판단되는 경우, (714) 568-5614 로 오렌지 카운티 보건국 규정 준수 사무실에 연락하거나, (714) 834-4082 로 카운티 개인정보 보호책임자에게 문의하거나, <https://ochealthinfo.com/providers-partners/policies-procedures/hipaa-privacy/file-complaint> 에서 온라인으로 불만 사항 양식을 작성하거나, HIPAA@ochca.com 으로 이메일을 보낼 수 있습니다.

귀하는 또한 보건복지부 (Department of Health and Human Services, DHHS)에 직접 민원서를 제출하실 수 있습니다.

주소: DHHS, Region IX Office for Civil Rights, 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103
전화번호: (800) 368-1019, (800) 537-7697 TDD. 민원서는 권리 침해 사실을 알게 된 날짜로부터 180 일 이내에 반드시 서면으로 작성하셔야 하며, 우편, 팩스, 또는 이메일로 접수하실 수 있습니다.

오렌지 카운티는 귀하의 개인 정보 권리에 관한 민원의 권리를 존중합니다. 귀하는 질문이나 불만 제기로 인해 처벌, 협박, 징계 또는 보복을 당하지 않습니다.

본 기관의 책임

본 기관은 본 통지서가 유효한 동안 통지서에 고지된 규정을 반드시 준수해야 합니다. 본 기관은 본 통지서와 기관 내 개인정보 관행 규정을 수정할 권리를 가집니다. 수정된 규정은 본 기관이 현재 관리하는 또는 앞으로 관리하게 될 모든 PHI 에 적용됩니다. 귀하가 오렌지 카운티가 제공하는 건강 보험 이용자인 경우, 귀하에게 수정된 통지서를 발송해 드릴 것입니다. 또한 본 기관은 수정된 통지서를 카운티 클리닉의 대기실 및 안내 데스크에 게시할 것입니다.

본 통지서는 HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 웹사이트에서도 보실 수 있습니다. 링크: <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp>

비차별조항 공시 [의료보험 개혁안 (ACA) 45 연방법령 92 섹션 1557]

오렌지 카운티 건강 관리국은 연방 시민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 오렌지 카운티 건강 관리국은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 개인을 배제하거나 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

오렌지 카운티 건강 관리국은:

- 장애를 가진 분들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보 (큰 활자, 음성, 사용 가능한 전자 형식, 기타 형식)

- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 분들에게는 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 저희 기관 직원에게 알려주십시오.

만약 이러한 서비스를 이용하시는데 어려움이 있거나, 차별을 당한 경우, 또는 서비스와 관련된 불만 사항이 있는 경우에는 아래의 연락처로 방문/우편/팩스/이메일을 통해 민원을 제기하실 수 있습니다. 민원 제기와 관련하여 도움이 필요하시면, Kelly K. Sabet, 오렌지 카운티 보건국의 민권 코디네이터가 필요에 따라 도움을 드릴 수 있습니다.

Orange County Health Care Agency
Attn: Civil Rights Coordinator, Office of Compliance
405 W. 5th Street, Santa Ana, CA 92701,
714-568-5787, 711 (TTD), 714-834-6595 (Fax), officeofcompliance@ochca.com.

또한 연방 시민권 관련 민원을 Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민권 사무국)으로 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 에 있는 시민권 사무국 민원 포털을 통해 접수하시거나, 우편 또는 전화로 제출하실 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

민원 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 다운로드 받으실 수 있습니다.

언어 지원 서비스

#	Language	Tagline
	English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-714-568-5787 (TTY: 711).
1	Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-714-568-5787 (TTY: 711).
2	Chinese	注意：如果您使用繁體中文。您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-714-568-5787 (TTY: 711)
3	Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-714-568-5787 (TTY: 711).
4	Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-714-568-5787 (TTY: 711).
5	Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-714-568-5787 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
6	Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-714-568-5787 (TTY: 711) հեռախոսը
7	Persian (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. تماس بگیرید. 1-714-568-5787 (TTY: 711).
8	Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-714-568-5787 (телетайп: 711).
9	Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-714-568-5787（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。
10	Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) 1-714-568-5787
11	Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-714-568-5787 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
12	Monn-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-714-568-5787 (TTY: 711)។
13	Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-714-568-5787 (TTY: 711).
14	Hindi	ध्यान दः: यःद आप िहंदी बोलते हः तो आपके िलए मुफ्त मः भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हः। 1-714-568-5787 (TTY: 711) पर कॉल करः।
15	Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-714-568-5787 (TTY: 711).