

수혜자 의료 정보에 대한 DSHS 개인 정보 보호 관례 안내문

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information 2013년 9월 23일부터 발효

DSHS는 귀하의 의료 정보 양도 및 책임에 관한 법안(Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따른 개인정보보호 권리를 귀하에게 안내해야 합니다. (45 CFR 164.520). DSHS는 “혼합적인 회사(hybrid entity)”입니다. DSHS의 모든 의료 서비스에 HIPAA가 적용되는 것은 아닙니다. [DSHS에 관한 의료 구성요소\(Health Care Components on the DSHS 웹사이트\)](#)에 게시된 프로그램만이 HIPAA가 적용됩니다. HIPAA가 적용되는 프로그램에 가입한 수혜자에게만 본 안내가 제공됩니다. 본 안내는 귀하의 DSHS 혜택 자격에 어떠한 영향도 주지 않습니다.

**본 안내는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있으며
귀하가 어떻게 이 정보를 확인할 수 있는지 설명합니다. 주의 깊게 읽어 주십시오.**

| | |
|-----------------------------------|--|
| PHI란 무엇인가? | 개인건강정보(Protected Health Information, PHI)는 HIPAA가 적용되는 DSHS 파트들이 보유한 수혜자 의료 정보입니다. PHI는 귀하의 건강 상태, 귀하가 받은 의료, 귀하의 의료비 지불 등 귀하와 관련된 의료 정보입니다. DSHS는 귀하의 PHI를 보호해야 할 법적 책임이 있습니다. |
| DSHS는 나에게 어떤 PHI를 갖고 있습니까? | 본 기관이 귀하를 치료하는 데 도움이 되는 위치, 재정 정보, 의료 기록 등 귀하의 의료 또는 건강 정보를 알려주셔야 할 수도 있습니다. 본 기관은 귀하의 치료나 치료비 지불에 필요한 귀하의 PHI를 다른 기관으로부터 입수할 수도 있습니다. |
| 누가 내 PHI를 볼 수 있습니까? | 본 기관은 업무에 필요한 최소한의 PHI만 열람합니다. 본 기관은 법에서 또는 귀하가 허용할 경우 PHI를 다른 프로그램 또는 개인과 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 받을 의료 서비스를 조정하고 치료비 지불을 위해 귀하의 PHI를 건강관리기구(Health Care Authority) 및 다른 의료 기관에게 제공하여 사용토록할 수 있습니다. 본 기관은 과거, 현재 또는 미래의 PHI를 공유할 수 있습니다. |
| DSHS는 어떤 PHI를 공유합니까? | 본 기관은 업무에 필요하고 법이 허용하는 범위에서 귀하의 PHI를 공유합니다. 귀하는 특정 목적으로 귀하의 PHI를 제공한 곳의 목록을 요구할 수 있습니다. |
| DSHS는 언제 PHI를 공유합니까? | 본 기관은 의료 서비스 조정과 치료, 지불 및 건강보험 운영을 위해 “알 필요가 있는” 정보에 한해서 PHI를 공유합니다. 예를 들어, 본 기관은 다음 사항을 결정하기 위해 정보를 공유할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 치료를 제공해야 하는지. • 본 기관이 의료 기관의 의료 서비스 비용을 지불할 수 있는지. • 귀하가 DSHS 프로그램 혜택을 받을 자격이 있는지. • 귀하가 의료 기관으로부터 받은 의료에 법적 기준을 충족시키는지. |
| 내가 나의 PHI를 열람할 수 있습니까? | 귀하는 자신의 PHI를 열람할 수 있습니다. 요청을 하면 귀하의 PHI의 사본을 받아보실 수 있습니다. DSHS가 사본 발급에 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다. |

내가 나의 PHI를 수정할 수 있습니까?

또 본 기관이 귀하의 기록 사본을 제공했던 타 기관에 수정된 정보를 전달하도록 요구할 수 있습니다.

누군가 나의 PHI를 필요로 할 경우 어떻게 처리됩니다?

다음 경우에 본 기관이 귀하의 PHI 공유를 허용하는 승인서에 서명해 줄 것을 귀하에게 요청할 수도 있습니다;

- 본 기관이 서비스 또는 치료를 제공하기 위해 귀하의 허락이 필요한 경우
- 귀하의 허락 없이는 법적으로 허용되지 않는 정보를 본 기관에서 타 기관 또는 의료 기관에게 전달하고자 하는 경우
- 담당 변호사, 친족 기타 대리인 등 다른 누군가에게 PHI가 전달되기를 원할 경우

PHI 공유 허가는 귀하가 승인서에 기입한 날짜까지 유효합니다. 본 기관은 귀하가 명시한 PHI만을 공유할 수 있습니다. 귀하는 이러한 승인에 대한 철회 또는 변경을 DSHS에게 서면으로 통지할 수 있습니다

수혜자 의료 정보의 DSHS 개인정보 보호관례에 대한 안내

2013년 9월 23일부터 발효

DSHS가 내 허락 없이 PHI를 공유할 수 있습니까?

특정한 경우, DSHS는 귀하의 허락 없이 PHI를 공유할 수 있습니다.

- 아동보호서비스국(Child Protective Services)이나 경찰 또는 해당 기관에 아동 또는 성인 학대 또는 방치 사건이 접수된 경우
- 법원 명령에 따라 의료 기록을 제공해야 하는 경우
- DSHS 운영을 감독하는 타 기관에 PHI를 제공해야 하는 경우
- 요양원이나 병원과 같은 의료시설의 면허나 점검을 담당하는 관공서와 PHI를 공유해야 하는 경우
- 의료 기관 또는 타 기관과 귀하를 치료하거나 귀하의 서비스 이용 또는 수혜 자격을 결정하는 데 필요한 PHI를 공유해야 하는 경우
- 미성년자의 보호자나 부모에게 PHI를 제공해야 하는 경우
- 연구용으로 PHI를 사용해야 하는 경우.
- 응급 상황 발생 시 또는 재난 구조를 위해 PHI를 사용하거나 공개해야 하는 경우

나의 PHI 공유를 제한하고 이를 받아 볼 방법을 한정할 수 있습니까?

귀하는 본 기관에 PHI의 이용 및 공유를 제한하도록 요청할 수 있습니다. 단, 본 기관이 이를 동의할 의무는 없습니다. 귀하는 또한 본 기관이 귀하에게 PHI를 전달할 때 다른 형식 또는 다른 목적지를 사용하도록 요구할 수 있습니다.

위반이란 무엇입니까?

위반은 도난에 의한 분실, 실수 또는 해킹 등 HIPAA가 허락하지 않는 용도로 귀하의 PHI를 이용하거나 공개하는 것입니다. 본 기관은 HIPAA에 따른 PHI 위반 상황이 발생했을 경우 우편으로 귀하에게 안내문을 보내드립니다.

내가 본 안내문의 사본을 보관할 수 있습니까?

그렇습니다. 귀하는 본 안내문을 보관할 수 있습니다. 귀하가 본 안내문의 온라인 버전을 수신한 경우, 인쇄본을 요청하시면 보내드리겠습니다.

**PHI 개인정보 보호 방침이
변경되면 어떻게 됩니까?**

본 기관은 이 안내문을 준수해야 합니다. 본 기관은 이 안내문을 수정할 권리가 있습니다. 법률이나 본 기관의 개인정보 보호 방침이 수정되면, 귀하에게 새로운 안내문에 대한 정보와 그 안내문 열람 장소에 대한 정보를 알려드리거나 안내문 자체를 보내드리겠습니다.

**본 안내문 또는 나의 PHI 권리에
관한 문의는 어디로 해야
합니까?**

본 안내문에 대한 질문이 있으시면 DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov 또는 (360) 902-8278로 문의하십시오.

**PHI 개인 정보 보호 권리를 침해
받은 경우 어떻게 신고할 수
있습니까?**

귀하의 PHI 개인 정보 보호 권리가 위반되었다고 생각되면 아래로 이의를 제기할 수 있습니다.

<DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135>. DSHS에 이의를 제기한다고 해서 귀하의 서비스나 혜택이 중단되지 않으며, 귀하를 상대로 보복하지 않으니 안심하십시오.

또는

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf에서 온라인으로 이의를 제기하거나 아래 장소로 서면으로 이의 제기할 수 있습니다: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, phone (800) 368-1019. DHHS 제소는 권리 침해가 발생한 시점으로부터 180일 내에 이루어져야 합니다.

자인서

Acknowledgement

(DSHS가 직접 의료를 제공할 때 필요함)

| | |
|---|-------------------------|
| 수혜자 이름 | 수혜자 생년월일 |
| <p>본인은 DSHS 개인정보보호 안내문의 사본을 수신하였고 DSHS가 본인의 개인건강정보를 어떻게 이용하고 공유하는지에 대해 질문할 기회를 가졌습니다.</p> | |
| 수혜자 또는 개인 대리인 서명 | 날짜 |
| FOR DSHS USE ONLY | |
| To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative. | |
| <p>Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):</p> | |
| <p>Describe reason why acknowledgement was not obtained:</p> | |
| STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT) | ADMINISTRATION/DIVISION |
| STAFF'S SIGNATURE | DATE |