

귀하의 권리

귀하의 정보

본 기관의 책임

본 고지문은 귀하와 관련된 건강 정보가 어떻게 사용 또는 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 해당 정보를 어떻게 열람할 수 있는지에 대해 설명합니다.

주의깊게 숙지해주시기 바랍니다.

HHSA 개인정보보호 담당자

M/S W-294

P.O. Box 85524

San Diego, CA 92186

619-237-8571

www.cosdcompliance.org

귀하의 권리

귀하의 건강 정보와 관련하여 귀하에게는 특정한 권리가 있습니다. 이 섹션에서는 귀하의 권리와 귀하를 돋기 위한 본 기관의 책임 중 일부에 대해 설명합니다.

귀하의 의료 기록의 전자 또는 종이 사본을 수령	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 본 기관이 보유하고 있는 귀하의 의료 및 기타 건강 정보가 기록된 전자 또는 종이 사본을 열람하거나 수령하기 위해 요청할 권리가 있습니다. 요청 방법은 본 기관에 문의하세요. 본 기관은 일반적으로 귀하가 요청한 후 30일 이내에 의료 정보 사본을 제공해 드립니다. 비용에 따른 합리적인 수수료가 부과될 수 있습니다. '환자 포털'을 통해 귀하의 의료 기록을 열람할 수 있습니다.
본 기관에 귀하의 의료 기록 정정을 요청	<ul style="list-style-type: none"> 자신의 건강 정보가 부정확하거나 불완전하다고 생각되는 경우, 본 기관에 정정을 요청할 수 있습니다. 요청 방법은 본 기관에 문의하세요. 본 기관은 귀하의 요청을 거절할 수 있으며, 거절할 경우 60일 이내에 그 이유를 서면으로 알려드립니다.
기밀 통신을 요청	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 특정한 방법으로 연락(예: 집 전화 또는 사무실 전화)할 것을 요청하거나 다른 주소로 우편물을 보내달라고 요청할 수 있습니다. 합리적이라면 모든 경우에 '수락'으로 답할 것입니다.
본 기관이 귀하의 정보를 사용하거나 공유하는 것을 제한해 줄 것을 요청	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 귀하의 치료, 보험료 지급 또는 본 기관 운영과 관련된 특정 의료 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것을 본 기관에 요청할 수 있습니다. 본 기관은 귀하의 요청에 동의할 의무가 없으며, 귀하의 요청이 치료에 영향을 미칠 경우 요청을 거절할 수 있습니다. 귀하가 의료 서비스 또는 의료 항목 비용을 전액 자비로 지불하는 경우, 지불 목적이나 본 기관의 운영과 관련된 정보를 귀하의 건강 보험사와 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 본 기관은 법률상 해당 정보를 공유해야만 하는 경우가 아니라면 '수락'으로 답할 것입니다.

개인정보 보호정책 고지

본 기관이 정보를 공유한 대상의 목록을 수령	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 요청일로부터 과거 6년 전까지 귀하의 건강 정보 공유 내역, 공유 대상, 그리고 공유 이유에 대한 목록(기록)을 요청할 수 있습니다. 목록에는 치료, 의료비 지급 및 의료 서비스 운영과 관련된 정보와 기타 특정 정보 공개(예: 귀하가 공개해 달라고 요청한 정보)를 제외한 모든 정보가 포함됩니다. 연 1회 무료로 건강 정보 관련 목록을 제공해 드리지만, 12개월 이내에 추가로 목록 발급 서비스를 요청하시는 경우 합리적인 실비의 수수료가 부과됩니다.
본 개인정보 보호정책 고지문 사본 수령	<ul style="list-style-type: none"> 본 고지문을 전자적으로 수신하기로 동의했더라도 언제든지 본 고지문의 종이 사본을 요청할 수 있습니다. 종이 사본은 즉시 제공됩니다.
귀하를 대신해서 의료적 조치를 취할 사람을 선정	<ul style="list-style-type: none"> 만약 귀하가 누군가에게 귀하의 의료 서비스에 대한 대리권을 부여했거나 그 사람이 귀하의 법적 대리인인 경우, 그 사람은 귀하의 건강 정보에 대해 권리를 행사하고 해당 정보에 관한 결정을 내릴 수 있습니다. 본 기관은 어떠한 조치를 취하기 전에 해당인이 그러한 권한을 가지고 있고 귀하를 대신하여 조치를 취할 권리가 있는지 확인할 것입니다.
귀하의 권리가 침해당했다고 생각되는 경우 민원을 제기	<ul style="list-style-type: none"> 본 기관이 귀하의 권리를 침해했다고 생각되는 경우, 1페이지에 있는 정보를 이용하여 본 기관으로 연락하여 민원을 제기할 수 있습니다. 미국 보건복지부 시민권 사무국에 다음과 같은 방법으로 민원을 제기할 수 있습니다. 전화 1-877-696-6775, 우편: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, 또는 방문 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ 본 기관은 귀하가 불만을 제기했다는 이유로 귀하에게 보복적 조치를 취하지 않습니다.

귀하의 정보

귀하의 건강 정보는 일반적으로 어떻게 사용되거나 공유될까요? 본 기관은 일반적으로 다음과 같은 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공유합니다.

귀하에게 치료 서비스를 제공	<p>본 기관은 귀하의 건강 정보를 귀하를 치료하는 다른 의료 전문가들과 공유할 수 있습니다.</p>	<p>예: 귀하의 질병을 치료 중인 의사가 다른 의사에게 귀하의 전반적인 건강 상태에 대해 문의하는 경우.</p> <p>예: 귀하가 본 기관에 별도로 요청하지 않는 한, 본 기관은 귀하의 정보를 의료 정보 교환 시스템(HIE)에 입력할 수 있으며, 다른 의료 전문가들이 해당 정보를 열람하여 확인하고 귀하의 진료를 조정할 수 있습니다.</p>
------------------------	--	---

개인정보 보호정책 고지

본 기관 운영	본 기관은 서비스를 제공하고, 귀하에 대한 진료 서비스를 개선하며, 필요한 경우 귀하에게 연락을 취하기 위해 귀하의 건강 정보를 이용하거나 공유할 수 있습니다.	예: 본 기관은 귀하의 건강 정보를 활용하여 본 기관의 담당자가 귀하를 얼마나 잘 돌보고 있는지 관리합니다.
서비스 비용 청구	본 기관은 의료 보험 회사 또는 기타 기관에 귀하의 진료비를 청구하고 대금을 수령하기 위해 귀하의 의료 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.	예: 본 기관은 귀하의 의료 보험사가 진료비를 지불할 수 있도록 귀하와 관련된 정보를 보험사에 제공합니다.
본 기관이 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유하는 그 외의 경우는 어떤 경우일까요? 본 기관은 공공 보건 및 연구와 같은 공익에 기여하는 방식으로 귀하의 정보를 공유하거나 공유해야 할 의무가 있습니다. 이러한 목적으로 귀하의 정보를 공유하려면 여러 가지 조건이 충족되어야 합니다. 자세한 내용은 다음을 참조하세요. www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html		
공중 보건 및 안전 문제 지원	본 기관은 다음과 같은 특정 상황인 경우, 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 질병 예방 • 의료 제품 리콜 지원 • 의약품 부작용 보고 • 학대, 방치 또는 가정 폭력이 의심되는 경우 신고 	
연구 목적	본 기관은 건강 관련 연구를 위해 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다.	
법적 준수	주 또는 연방 법률에서 요구하는 경우, 본 기관은 귀하와 관련된 정보를 공유할 것입니다. 여기에는 연방 개인정보 보호법 준수 여부를 확인하기 위해 보건복지부가 정보를 요청하는 경우도 포함됩니다.	
검시관이나 장례지도사와 협력	개인이 사망했을 경우 검시관, 법의관 또는 장례지도사와 건강 정보를 공유할 수 있습니다.	
근로자 보상, 법 집행 및 기타 정부의 요청에 따라 정보 제공	본 기관은 다음과 같은 경우 귀하의 건강 정보를 이용하거나 공유할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 산재 보상 청구. • 법 집행 목적 또는 법 집행관의 요청. • 법적으로 허가된 활동을 위해 보건 감독 기관과 협력. • 군사, 국가 안보 및 대통령 경호 서비스와 같은 특별한 정부 기능 수행. • 본 기관은 법원이나 행정기관의 명령 또는 소환장에 의거하여 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 	
특정 건강 정보와 관련하여 , 귀하는 선택한 정보를 본 기관이 공유하도록 알려줄 수 있습니다. 아래 설명된 상황에서 본 기관이 귀하의 정보를 공유하는 방식 중 뚜렷하게 선호하는 사항이 있으면 알려주세요. 본 기관이 수행하기 원하는 사항을 알려주시면 최대한 귀하의 지시에 따라 처리하겠습니다.		

개인정보 보호정책 고지

<p>우측에 나열된 경우, 귀하는 본 기관에 정보를 알릴 권리와 선택할 권리 모두를 가지고 있습니다</p>	<ul style="list-style-type: none"> 귀하의 가족, 친구 또는 치료와 관련된 다른 사람들과 정보를 공유. 재난 구호 상황에서 정보를 공유. 기금 모금 활동과 관련하여 취하는 연락. 귀하의 약물 및 알코올 치료와 관련된 특정 정보를 공유. 이 정보는 본 기관이 다른 사람과 공유하기 전에 귀하의 서면 승인을 받을 수도 있습니다. <p>만약 귀하가 의식불명 등으로 인해 본인의 선호 사항을 알려줄 수 없다면, 본 기관은 귀하에게 최선의 이익이 된다고 판단될 경우 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.</p>
<p>우측에 나열된 경우, 귀하가 서면으로 허락하지 않는 한 본 기관은 귀하의 정보를 절대 공유하지 않습니다</p>	<ul style="list-style-type: none"> 마케팅 목적. 귀하의 정보를 판매. 본 기관은 절대 귀하의 정보를 판매하지 않습니다. 귀하의 심리치료 중 상당 부분을 공유해야 할 경우. 본 기관은 심리치료 기록을 보관하지 않습니다. 귀하의 약물 사용 장애(SUD) 상담 기록의 상당 부분을 공유해야 할 경우. 본 기관은 SUD 상담 기록을 보관하지 않습니다.

본 기관의 책임

본 기관은 법률에 따라 귀하의 보호 대상 의료 정보에 대해 개인정보 보호 및 보안을 유지할 의무가 있습니다.

- 귀하의 개인정보 또는 보안이 침해될 수 있는 사고가 발생할 경우 본 기관은 즉시 알려드릴 것입니다.
- 본 기관은 본 고지문에 명시된 의무 및 개인정보 보호 관행을 준수해야 하며, 귀하에게 본 고지문의 사본을 제공해야 합니다.
- 본 기관은 귀하가 서면으로 허락하지 않는 한 본 고지문에 명시된 내용 외에는 귀하의 정보를 사용 또는 공유하지 않습니다. 정보를 이용해도 좋다고 귀하가 동의한 경우라도, 언제든지 철회할 수 있습니다. 동의를 철회하려는 경우, 서면으로 알려주시기 바랍니다.
- 본 고지문에 대한 추가 정보는 본 고지문 1페이지에 있는 연락처 정보를 사용하여 HHSA 개인정보보호 담당자에게 문의하거나 다음을 참조하세요.

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

본 고지문의 조건 변경: 본 기관은 본 고지사항의 조건을 변경할 수 있으며, 변경 사항은 본 기관이 귀하와 관련하여 보유하고 있는 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지 사항은 요청 시 본 기관의 사무실과 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다.

- 본 고지문의 효력 발생일은 2026년 2월 16일입니다.