

컬럼비아 특별구 정부
행동 의료 부서
개인정보 보호 연합 고지문

본 고지문은 귀하에 관한 정신 건강 정보 및 알코올/약물 처리 및 예방 정보 등 보호되는 건강 정보를 사용하고 공개하는 방식에
관해 설명합니다.

본 고지문을 주의 깊게 검토하십시오.

행동 의료 부서(DBH) 네트워크는 DBH 및 DBH 인증 의료진, 그리고 정신 건강 서비스 또는 지원 및/또는 알코올/약물 처리 및 예방 서비스를 제공하기 위해 DBH와 계약을 체결하거나 합의한 유사적 의료진을 포함합니다. 본 고지문은 DBH 네트워크 가입자가 귀하의 보호되는 건강 정보(PHI)를 어떻게 사용, 공유 및 보호하는지를 설명합니다.

PHI는 무엇입니까?

PHI는 귀하를 식별하거나 귀하를 식별하는 데 사용할 수 있거나 치료 및 치료비 등 귀하의 행동 의료와 관련된 모든 서면, 녹음/녹화 또는 구두 정보입니다.

승인을 받지 않고 귀하의 PHI를 사용하거나 공개할 수 있는 경우

어떤 경우에 나의 동의 또는 승인 없이 나의 PHI가 공유될 수 있습니까?

(1) 귀하의 PHI(알코올/약물 처리 및 예방 정보 의료진이 보유한 정신 건강 정보, 알코올/약물 처리 및 예방 정보 포함)는 다음과 같은 상황에서 귀하의 사전 동의 또는 승인 없이 공개될 수 있습니다.

- 아동 학대 및 방치 혐의 보고.
- 개인의 건강에 위협이 되며 즉시 치료가 필요한 의학적 응급상황.
- 프로그램 평가 및 감사 등 보건 감독 활동.
- 법원 명령 및 소환장에 응함.
- 더 나은 치료 개발과 관련된 연구 등 연구 목적 관련. 단, 해당 연구는 특정 개인정보 보호요건에 부합되어야 합니다.
- 의료진의 작업장 또는 의료진의 직원을 대상으로 한 범죄 또는 범죄 위협 보고.
- 유사적 서비스 조직 또는 업체 직원 계약에 준해.

(2) **정신 건강 정보만 관련됨.** 또한 정신 건강 PHI도 다음과 같은 상황에서 사전 동의 또는 승인 없이 공개될 수 있습니다.

- DBH 네트워크 의료진 또는 컬럼비아 특별구 보건복지부 기관, 그리고 복지부, 아동 및 가족 서비스 기관, 보건부 및 의료보험 부서 등 HIPAA 적용을 받는 각기 관련되는 서비스 제공기관에서 치료, 혜택 및 서비스를 조율해야 할 경우.
- DBH 네트워크에 가맹하지 않은 헬스 케어 및 정신과 헬스 케어 의료진이 치료, 혜택 및 서비스를 조율해야 할 경우. 단, 이 권한은 절대적이지 않습니다. 귀하는 의료진에게 귀하의 PHI를 공유하는 권리를 부여하는 것을 거부할 수 있으며, 이 경우 의료진은 진전상황 노트를 공개할 수 없습니다. "거부(Opt-out)"는 귀하가 DBH 네트워크에 가맹하지 않은 의료진과 귀하의 PHI를 공유하지 않기를 원하는 것을 의미합니다. 단, 귀하가 공개 승인서에 서명을 했거나 해당 의료진이 귀하의 PHI를 법에 따라 공유할 의무가 있는 경우에는 예외입니다. 예로, 의학적 응급상황 중이나 법원 명령에 따라 의료진은 귀하의 PHI를 법적으로 공유할 의무가 있을 수 있습니다.
- 정신과 전문가가 응급 정신과 입원을 요청하거나 귀하 또는 다른 사람을 심각한 육체적 상해로부터 보호해야 한다고 믿는 경우.

- 성인 또는 아동 학대 또는 방치 혐의 보고.
- 정신병이 있는 개인을 학대 또는 방치한 혐의 조사와 관련하여 컬럼비아 특별구역 보호 및 지원 기관을 대표하는 지정 기관에서 요청할 경우.
- 귀하를 합법적으로 수감하고 있는 교도소 또는 법 집행관이 정신과 의료 서비스 및 지원을 제공하도록 하기 위해.
- 판결 전 석방, 보호 관찰, 가석방, 석방 후 보호 관찰 또는 정신 건강 치료 관련 전환 합의 조건에 대한 귀하의 준수 여부를 모니터링하기 위해.

자주 묻는 질문

내가 알코올/약물 치료 및 예방 프로그램에 가입되어 있을 경우, 의료진은 나의 동의 없이 다른 네트워크 의료진과 나의 알코올/약물 치료 및 예방 정보를 공유할 수 있습니까?

아닙니다. 상기 (1)에 언급된 예외가 적용되지 않는 한, 42 CFR Part 2에 구체적으로 명시된 바에 의하면 알코올/약물 처리 및 예방 정보를 공개하려면 서면 동의가 필요합니다.

내가 허용할 경우, 나의 PHI는 사용 또는 공개될 수 있습니까?

예. 귀하의 PHI는 귀하가 승인을 서명함으로써 구체적으로 허용한 경우에만 상기 명시된 목적 외 공유될 수 있습니다. 예를 들면, 귀하는 네트워크 비가맹 의료진이 귀하에게 필요한 서비스나 치료를 제공할 수 있도록 해당 의료진에게 귀하의 PHI를 공개하는 권한을 우리에게 부여할 수 있습니다. 귀하는 승인이 최대 365일까지 지속적으로 유효하다고 말할 수 있는 옵션이 있습니다. 단, 보험 증권 날짜로부터 최대 2년까지 승인이 지속되는 생명보험 또는 해지불가 또는 보장된 갱신형 의료 보험을 취득하기 위해 귀하가 공개를 승인하는 경우는 제외됩니다.

내가 공개를 승인하는 경우, 내가 한 승인을 취소할 수 있습니까?

예. 보험 용도를 제외하고, 귀하는 담당 의료진에게 서면으로 통보함으로써 언제든지 귀하의 승인을 취소할 수 있습니다. 그런데 네트워크 의료진이 귀하의 PHI를 사용 및 공개하지 못하도록 담당 의료진에게 서면으로 제출해야 합니다. 네트워크 의료진은 서면으로 귀하의 취소를 접수하기 전까지 귀하의 승인에 따라 귀하의 PHI를 사용 및 공개할 수 있도록 허용됩니다. 귀하의 승인 취소는 이것이 접수되기 전 네트워크 의료진에 의한 모든 조치에 영향을 미치지 않습니다.

네트워크는 나의 PHI를 보호하기 위해 무슨 조치를 취해야 합니까?

법에 따라, 모든 네트워크 의료진은 귀하의 PHI 개인정보를 보호하고 그들의 법적 의무 및 개인정보 보호에 관한 본 고지문을 귀하에게 제공해야 합니다. 법에 따라, 본 고지문의 규정이 변경될 경우 모든 네트워크 의료진은 변경된 고지문의 규정을 준수해야 합니다.

나의 PHI와 관련하여 나의 권리는 무엇입니까?

- 귀하는 DBH 네트워크에 가맹하지 않은 헬스 케어 의료진에게 귀하의 정신 건강 PHI를 공개하는 것을 거부할 권리가 있습니다.
- 제한적인 예외가 있지만 귀하는 귀하의 PHI를 열람하고 사본을 요청할 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하의 PHI 기록에 대한 수정을 요청할 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하가 선택한 기밀 방식으로 귀하의 PHI에 관한 정보를 제공 받을 권리가 있습니다. 귀하가 선택하는 이 방식은 우리가 합리적으로 실행할 수 있어야 합니다.

- 귀하는 귀하의 PHI에 대해 우리가 특정 사용 및 공개를 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 네트워크 의료진은 귀하의 제한에 동의하지 않아도 되지만, 동의할 경우 우리는 이 제한을 준수해야 합니다.
- 귀하는 자비로 치료비를 부담할 경우 PHI 공개를 제한할 수 있는 권리가 있습니다.

네트워크 의료진이 귀하의 PHI를 공개하는 것과 관련된 정보를 취득할 권리가 있습니다.

DBH-HIPAA 서식 1 인 보호 고지문 사본을 취득할 권리 2/4 페이지

2016년 6월 1일 에 대한 침해가 있을 경우 이에 대해 소송을 제기할 권리가 있습니다.

내가 나의 PHI 사용 및 공개에 관해 권리를 행사하기 원하거나 질문이 있거나 불만을 제기하기 원할 경우 어떻게 해야 할까요?

귀하는 권리를 행사하기 원하거나 귀하의 PHI 사용 및 공개에 관한 질문이 있거나 불만을 제기하기 원할 경우, **귀하에게 치료를 제공하는 기관의 개인정보 보호 담당관에게 문의해야 합니다.** 귀하는 또한 아래의 DBH 개인정보 보호 담당관에게 문의할 수 있습니다.

DBH Privacy Officer
D.C. Department of Behavioral Health
64 New York Avenue, NE, 2nd Floor
Washington, D.C. 20002
전화번호: 202 671-4088
TTY/TDD: (202) 673-7500
이메일: dbh.privacy@dc.gov

귀하는 또한 아래의 주소로 미국 보건국, 인권 사무국에 문의할 수 있습니다.

Office for Civil Rights – Region III
U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West, Suite 372,
Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
본선 (215) 861-4441; 핫라인 (800) 368-1019;
팩스 (215) 861-4431; TDD (215) 861-4440
이메일: ocrmail@hhs.gov

또한 귀하는 DBH 불만 처리 절차를 통해 불만을 제기할 권리가 있습니다. 귀하의 PHI 사용 및 공개에 관한 불만 제기로 인해 누구도 귀하에게 불리한 조치를 취할 수 없습니다.

본 고지문을 이해하기 힘들 경우 도움을 요청하십시오.

본 고지문의 개정.

법에 따라, 본 고지문의 규정이 변경될 경우 모든 네트워크 의료진은 변경된 고지문의 규정을 준수해야 합니다. 고지문이 변경될 경우, 변경 내역은 고지문이 변경되기 전에 작성되었거나 접수된 모든 PHI(정신 건강 정보, 그리고 알코올/약물 치료 및 예방 의료진이 보유한 알코올/약물 치료 및 예방 정보)에 적용됩니다. 개정된 고지문은 DBH 웹사이트에 게시하며, 귀하의 다음 방문 시 귀하에게 제공하고 모든 서비스 현장에 게시해야 합니다.

수령 확인서
개인정보 보호 고지문

저는 DBH 의료진 네트워크의 개인정보 보호 연합 고지문을 수령했으며 고지문의 사본 한 부를 받았음을 인정합니다.

서명 _____ 날짜 _____

정자체 이름 _____

관계(소비자/고객 본인이 아닐 경우) _____

_____ 나는 이 서식에 서명하기를 거부합니다.

_____ 나는 DBH 네트워크에 가맹하지 않은 담당 헬스 케어 및 정신과 헬스 케어 의료진과 나의 PHI를 공유하는 것을 거부합니다. 나는 이 거부가 본 개인정보 보호 연합 고지문 섹션 (2)에 명시된 상황에서 D.C. 정신 건강 정보법에 준해 릴리스 없이 나의 정신 건강 정보를 공개할 수 있는 담당 DBH 의료진의 권한에 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

네트워크 인원에게 알리는 지침:

소비자/대표가 고지문 또는 서명을 거부할 경우 다음 정보를 제공하면서 거부를 인정하십시오.

네트워크 인원 이름: _____

직위: _____

서명: _____ 날짜 _____

비고: _____

개인정보 보호 연합 고지문 및 인정서 사본 - 소비자/고객
인정서 원본 - 임상 기록



보호되는 건강 정보 사용 및 공개 권한
(정신 건강 정보 및 알코올/약물 치료 및 예방 정보 포함)

소비자/고객 이름(정자체) ID 번호

주소 생년월일

시/주/우편번호 사용 중인 다른 이름(들)

정보 수령자:

이름/직위: _____
조직: _____
주소: _____
전화번호: _____ 팩스 # _____

정보 제공자:

이름/직위: _____
조직: _____
주소: _____
전화번호 # _____ 팩스 # _____

공개하는 정보: 나는 나의 임상 기록의 공개(종이 서식, 구두 및 전자적 교환을 포함)를 자발적으로 승인하고 요청합니다. 이는 다음과 같은 나의 치료, 입원 및 외래환자 치료에 관한 모든 기록 및 기타 정보를 공개하는 특정 허용을 포함합니다. (다음 항목 중 공개할 항목을 체크 표시해야 합니다)

- ☐ 약물 남용, 알코올 중독 또는 기타 약물 남용,
☐ 전염병 또는 비전염병의 존재 및 HIV/AIDS 기록 관련 시험을 나타낼 수 있는 기록.

공개 제한:

- ☐ 다음 기간의 서비스에 한함 _____ ~ _____
☐ 제외(제외할 항목이 있을 경우 나열해야 함) _____
☐ 다음 항목에 한함: (해당될 경우 특정 문서를 나열해야 함) _____

다음과 같은 목적으로 사용될 정보(나열): _____

유효 기간: 본 승인은 이 서식이 서명된 날로부터 365일 후에 만료됩니다. 단, 다음 중 하나가 체크 표시되었을 경우에는 가장 이른 날짜에 만료됩니다.

- ☐ 만료일 _____ (이 서식의 날짜로부터 365일 이상이 될 수 없음).
☐ 만료일 _____ 언제: _____ 이(가) 발생할 때

(날짜 반드시 기입)

(특정 사건 명시)

취소권: 나는 이 정보를 공개할 권한을 부여한 조직에 서면 통지서를 제출함으로써 언제든지 본 승인을 취소할 수 있음을 이해하고 있습니다. 나는 본 승인을 취소하더라도 이 조직이 나의 서면 취소 통지서를 수신하기 전 본 승인과 관련하여 취했던 모든 조치가 영향을 받지 않음을 이해하고 있습니다. 나는 본 승인의 목적이 의료보험 또는 생명보험 신청을 포함할 경우 본 승인에 대한 나의 취소권이 제한될 수 있음을 이해합니다.

기타 권리: 나는 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고 나의 승인 없이 본 정보를 수신한 개인 또는 조직이 본 정보를 법적으로 재공개 할 수 없음을 이해합니다. 나는 나의 보호되는 건강 정보 기록을 검사할 권리가 있음을 이해합니다. 나는 이 서식을 서명하지 않기로 결정하는 경우에도 내가 등록이나 서비스를 거부 당할 수 없다는 것을 또한 이해합니다. 그러나 나는 이러한 서비스에 대한 비용을 지급하는 데 도움을 주는 혜택을 신청하거나 갹신할 수 없을 수 있습니다.

소비자/고객 또는 개인 대표의 서명:

DBH-HIPAA 서식 3 _____은(는) 1/2 페이지 _____함으로써 위에서 식별한 보호되는 건강 정보 사용 및/또는 공개를
2016년 6월 1일

이름 (정자체) _____
서명 _____ 날짜 _____

소비자/고객을 대표하는 권한 (다음 중 하나를 체크 표시함):

본인 _____ 부모 _____ *개인 대표 _____ (법적 보호자 및 변호사 포함)
기타 _____ (구체적으로 명시해야 함): _____

주소: _____ 전화번호: _____

미성년자 서명: 소비자/고객이 14세 이상이지만 18세 미만일 경우, 부모, 법적 보호자 또는 기타 개인 대표에 추가하여 이 소비자/고객이 서명하지 않는 한 본 승인서는 유효하지 않습니다. 미성년자는 (1) 친권 독립한 미성년자이거나 (2) 동의하는 부모 또는 법적 보호자 없이 치료 또는 서비스를 받고 있는 경우에는 자신의 서명만으로 공개를 승인할 수 있습니다.

이름 (정자체) _____ 생년월일 _____ 전화번호 _____

주소: _____

미성년자 서명 _____ 날짜 _____

소비자/고객 또는 동의를 제공하는 개인 대표의 신분을 증명해야 합니다

- ☐ 개인 ID(정부 발행 사진 ID) 사본 첨부.
☐ 정부 관리 또는 행동 의료 부서 의료진의 구두 진술

귀하가 들은 바와 그러한 상황에서 이에 대한 귀하의 신뢰가 합리적이었음을 진술하시오

서식을 우송할 경우, 서식의 서명을 공증하거나 동의를 제공하는 개인의 서명을 공증하거나 그 개인의 정부 발행 ID 사본을 첨부하시오.

나는 동의를 제공하는 개인의 신분을 확인했습니다

이름 (정자체) _____ 직위 _____

서명 _____ 날짜 _____

나는 본 승인을 취소합니다: _____ 서명 _____
(날짜) (소비자/고객 또는 개인 대표 및
소비자/고객에 대한 이 개인의 관계)

기록 관리인에게:

1. 소비자/고객 또는 개인 대표에게 본 승인서 사본을 제공하십시오.
2. 서명 원본은 소비자의 임상 기록에 보관하십시오.
3. 본 승인서를 로그하거나 개인정보 보호 담당관 또는 로그 지명인에게 전달하십시오.
4. 공개할 정보와 함께 본 서식 사본을 보내십시오.