

**귀하의 정보.
귀하의 권리.
본 기관의 책임.**

본 고지에서는 귀하에 관한 의료 정보의 사용 및 공개 방식과 귀하가 본 정보에 액세스할 수 있는 방법을 설명합니다. 신중하게 검토해 주시기 바랍니다.

귀하의 권리

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 종이 또는 전자 의료 기록 사본을 받을 권리
- 종이 또는 전자 의료 기록을 수정할 권리
- 기밀 통신을 요청할 권리
- 공유하는 정보를 제한하도록 요청할 권리
- 귀하의 정보가 공유된 대상 목록을 받을 권리
- 본 개인정보 보호 고지서 사본을 받을 권리
- 대리인을 선택할 권리
- 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 불만을 제기할 권리

➤ 이러한 권리 및 권리 행사 방법에 대한 자세한 내용은 **2페이지**를 참조하세요

귀하의 선택권

귀하에게는 다음의 경우 정보의 사용과 공유 방식에 대해 몇 가지 선택권이 있습니다.

- 가족과 친구들에게 귀하의 상태에 대해 알려주는 경우
- 재해 구조를 제공하는 경우
- 병원 디렉토리에 귀하를 추가하는 경우
- 정신 건강 관리를 제공하는 경우
- 서비스를 마케팅하고 귀하의 정보를 거래하는 경우
- 기금을 마련하는 경우

➤ 이러한 선택권 및 선택 방법에 대한 자세한 내용은 **3페이지**를 참조하세요

사용 및 공개

저희는 다음 목적을 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유할 수 있습니다.

- 귀하를 치료하거나 귀하가 받는 의료 서비스를 지원하기 위해
- 본 조직의 운영을 위해
- 서비스 요금을 청구하거나 대금을 지급하기 위해
- 귀하의 건강 보험을 집행하기 위해
- 공중 보건 및 안전 문제를 지원하기 위해
- 연구를 수행하기 위해
- 법률의 요구에 따르기 위해
- 장기 및 조직 기증 요청에 대응하기 위해
- 검사관 또는 장의사와 협력하기 위해
- 근로자 산재 보상, 법 집행 및 기타 정부 요청을 처리하기 위해
- 소송 및 법적 조치에 대응하기 위해

➤ **3페이지 및 4페이지**를 참조하여 이러한 사용 및 공개에 대한 자세한 내용을 알아보세요

귀하의 권리

본인의 건강 정보와 관련하여 귀하에게는 특정한 권리가 있습니다.

이 섹션에서는 귀하의 권리와 귀하를 돕기 위한 본 기관의 일부 책임을 설명합니다.

의료 기록의 전자 또는 종이 사본을 받을 권리

- 귀하는 귀하의 의료 기록 및 저희가 보유한 귀하의 기타 건강 정보를 전자 또는 종이 사본으로 열람하거나 교부받기 위해 요청할 수 있습니다. 요청 방법에 관해서는 본 기관으로 문의하십시오.
- 일반적으로 요청을 접수한 후 21일 이내에 귀하의 건강 정보 사본 또는 요약본을 제공합니다. 실비를 기준으로 합리적인 수수료가 부과될 수 있습니다.

귀하의 의료 기록을 수정하도록 요청할 권리

- 부정확하거나 불완전하다고 생각하는 건강 정보를 수정하도록 요청할 수 있습니다. 요청 방법에 관해서는 본 기관으로 문의하십시오.
- 귀하의 요청이 "거부"되는 경우도 있으나, 60일 이내에 서면 사유서를 보내 드립니다.

기밀 통신을 요청할 권리

- 특정한 연락 방법(예: 집 또는 사무실 전화)을 알려 주시거나 우편을 받을 다른 주소를 지정할 수 있습니다.
- 모든 합리적인 요청이 "수락"됩니다.

사용 또는 공유되는 내용의 제한을 요청할 권리

- 치료, 지불 또는 운영을 위해 특정한 건강 정보를 사용하거나 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 저희는 귀하의 요청에 동의할 의무는 없으며, 귀하의 치료에 영향을 미칠 경우 요청을 "거부"할 수 있습니다.
- 귀하가 서비스 또는 의료 항목에 대해 본인이 전액을 지불하는 경우, 지불 또는 운영 목적으로 해당 서비스 또는 항목에 대한 정보를 귀하의 건강 보험사와 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 법에서 해당 정보의 공유를 요구하지 않는 한 요청은 "수락"됩니다.

귀하의 정보가 공유된 대상 목록을 받을 권리

- 귀하는 요청 날짜로부터 최근 6년 동안 귀하의 건강 정보를 공유한 횟수, 공유 대상 및 공유 사유에 대한 목록(명세 보고)을 요청할 수 있습니다.
- 치료, 지불, 의료 운영에 대한 내용을 제외한 모든 정보 공개 및 기타 특정 공개(예: 귀하가 공개를 요청한 내용 등)가 포함됩니다. 저희는 연 1회 명세 보고서를 무료로 제공하지만, 12개월 이내에 추가로 요청할 경우 실비용에 따른 합리적인 수수료를 부과합니다.

본 개인정보 보호 고지서 사본을 받을 권리

- 이전에 본 고지서를 전자 문서로 수신하기로 동의한 경우에도 언제든지 고지서의 종이 사본을 요청할 수 있습니다. 그러면 즉시 종이 사본을 제공해 드립니다.

대리인을 선택할 권리

- 귀하가 누군가에게 의료 위임장을 주었거나 법적 보호자가 있는 경우, 해당 사람은 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강 정보에 대한 선택을 할 수 있습니다.
- 저희는 조치를 취하기 전에 그 사람이 이러한 권한을 가지고 있으며 귀하를 대리할 수 있는지 확인합니다.

권리가 침해되었다고 생각되는 경우 불만을 제기할 권리

- 저희가 귀하의 권리를 침해했다고 생각하는 경우, 5페이지의 정보로 저희에게 연락하여 불만을 제기할 수 있습니다.
- 불만을 제기하려면 미국 보건복지부 시민권 사무국의 주소지 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201로 편지를 보내거나 1-877-696-6775로 전화하거나 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/를 방문하시면 됩니다.
- 저희는 귀하의 불만 제기에 대해 보복 행위를 하지 않습니다.

귀하의 선택권

특정 건강 정보에 대해, 귀하는 공유 내용에 대한 선택을 하실 수 있습니다.

아래 설명된 상황에서 귀하의 정보를 공유하는 방식에 대해 명확한 선호 사항이 있으시면, 이를 알려 주십시오. 원하는 방식을 알려 주시면 귀하의 선택에 따를 것입니다.

이러한 경우, 귀하는 저희에게 다음과 같이 요청할 권리와 선택권이 있습니다.

- 가족, 가까운 친구 또는 치료에 관련된 다른 사람들과 정보 공유
- 재난 구조 상황에서 정보 공유
- 병원 디렉토리에 본인 정보 추가 (MDH 기관은 일반적으로 전화 발신자나 방문자에게 공개하기 위한 디렉토리를 갖고 있지 않습니다. 그러나 MDH 기관이 디렉토리를 갖고 있는 경우, 공개되는 제한적 정보에는 귀하의 이름, 기관 내 위치, 일반적인 상태(예: 양호, 안정적 등) 및 종교적 소속이 포함될 수 있습니다.)

만일 선호 사항을 말씀하실 수 없는 경우(예: 의식이 없는 경우) 귀하에게 최상의 이익이라고 생각되면 정보를 공유할 수 있습니다. 또한 건강이나 안전에 대한 심각한 임박한 위협을 줄이기 위해 필요하다면 정보를 공유할 수 있습니다.

이러한 경우, 귀하의 서면 허가 없이는 귀하의 정보를 절대 공유하지 않습니다.

- 마케팅 목적
- 정보 거래
- 심리 치료 기록의 일반적 공유

기금 모금의 경우:

- 모금 활동을 위해 귀하에게 연락이 갈 수 있으나, 귀하는 향후 연락 거부 의사를 표시할 수 있습니다.

사용 및 공개

본 기관이 일반적으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유하는 방식은?

일반적으로 귀하의 건강 정보는 다음과 같은 방식으로 사용 또는 공유됩니다.

귀하를 치료하고 귀하가 받는 의료 서비스를 지원하기 위해

- 본 기관이 귀하의 건강 정보를 사용하고 귀하를 치료하는 다른 전문가와 이를 공유할 수 있습니다.

예: 귀하의 부상을 치료하는 의사가 다른 의사에게 귀하의 전반적인 건강 상태에 대해 물어봅니다.

본 조직의 운영을 위해

- 귀하의 건강 정보를 사용하고 공유하여 실무를 운영하고, 서비스를 개선하며, 필요할 때 귀하에게 연락할 수 있습니다.
- 의료 계획으로 간주되는 저희의 모든 의료 구성 기관은 귀하에게 보험 혜택을 제공할지 여부와 해당 보험의 금액을 결정하기 위해 유전자 정보를 사용할 수 없습니다. 이는 장기 요양 보험에는 적용되지 않습니다.

예: 귀하에 대한 건강 정보를 사용하여 귀하의 치료 및 서비스를 관리합니다.

서비스 요금을 청구하거나 대금을 지급하기 위해

- 저희는 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유하여 의료 보험 또는 기타 기관에 비용을 청구하여 지불을 받거나 해당되는 경우 귀하의 서비스 비용을 지불할 수 있습니다.

예: 저희는 귀하의 건강 보험 기관이 귀하의 서비스에 대한 비용을 지불하도록 귀하에 대한 정보를 보험 기관에 제공합니다.

다음 페이지에서 계속

이외에 본 기관이 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유하는 기타 방식은? 저희는 기타 방식으로 귀하의 정보를 공유할 수 있거나 공유해야 하며, 이는 일반적으로 공중 보건 및 연구와 같이 공익에 기여하는 방식입니다. 이러한 목적을 위해 귀하의 정보를 공유하려면 먼저 다양한 법적 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 다음 링크를 참조하십시오: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

공중 보건 및 안전 문제를 지원하기 위해

- 다음과 같은 특정 상황의 경우 귀하에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.
 - 질병 예방
 - 제품 리콜 지원
 - 약물에 대한 부작용 보고
 - 학대, 방치 또는 가정 폭력 의심 사례 신고
 - 시민의 건강이나 안전에 대한 심각한 위협을 방지하거나 줄이기 위해

연구를 수행하기 위해

- 보건 연구를 위해 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다

법률의 요구에 따르기 위해

- 주 또는 연방법이 요구하는 경우 귀하에 대한 정보를 공유합니다. 여기에는 보건복지부가 본 기관의 연방 개인정보 보호법 준수 여부를 확인하고자 하는 경우도 포함됩니다.

장기 및 조직 기증 요청에 대응하기 위해

- 장기 조달 기관과 귀하에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

검시관 또는 장의사와 협력하기 위해

- 개인이 사망했을 때 조사관, 검시관 또는 장의사와 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

근로자 산재 보상, 법 집행 및 기타 정부 요청을 처리하기 위해

- 다음의 경우 귀하에 대한 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.
 - 근로자 산재 보상 청구의 경우
 - 법 집행 목적의 경우 또는 법 집행 공무원과 공유하는 경우
 - 법적으로 승인된 활동에 대한 보건 감독 기관과 공유하는 경우
 - 군사, 국가 안보, 대통령 보호 임무 등 정부 특수 기능에 해당하는 경우

소송 및 법적 조치에 대응하기 위해

- 법원 또는 행정 명령에 따라 또는 소환장에 따라 귀하에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

정보 목적

- 귀하가 별도의 요청 사항을 제공하지 않는 한, 프로그램에 대한 예약 알림 및 기타 자료를 귀하의 자택으로 보낼 수 있습니다.

특별히 민감한 조건

- 일부 MDH 시설, 부서 및 직원은 약물 사용 장애 치료(프로그램)를 전문으로 제공합니다. 본 프로그램에 의해 유지 관리되는 약물 사용 장애 환자 기록의 기밀성은 HIPAA 외에도 특별 연방법 및 규정에 의해 보호됩니다.
- 일부 다른 유형의 건강 정보는 메릴랜드 법에 따라 추가적인 보호를 받을 수 있습니다. 예를 들어, 메릴랜드 법에 따라 HIV/AIDS에 대한 건강 정보 및 정신 건강 정보는 다른 유형의 건강 정보와는 다르게 취급됩니다. 이러한 범주의 정보는 일반적으로 귀하의 동의 없이는 공개되지 않습니다.

건강 정보 교환

- MDH는 메릴랜드의 지정 의료 정보 교환(HIE) 체제인 환자를 위한 체사피크 건강 시스템(CRISP)에 참여하기로 결정했습니다. 법이 허용하는 한, 귀하의 건강 정보는 이 교환 시스템과 공유되어 더 신속한 액세스와 더 나은 치료 조정을 제공하고 의료 제공자 및 공중 보건 공무원이 더 풍부한 정보에 입각한 의사 결정을 내릴 수 있도록 지원합니다. CRISP가 귀하의 건강 정보를 공유하는 것을 원하지 않는 경우, 1-877-952-7477로 전화하거나 우편, 팩스 또는 웹사이트 www.crisphealth.org를 통해 CRISP에 작성된 거부 양식을 제출하여 언제든지 CRISP를 거부할 수 있습니다. 그러한 경우에도 귀하의 의료 서비스 제공자는 CRISP를 사용하여 실험실에서 직접 귀하의 데이터를 받을 수 있습니다. 또한 메릴랜드 법에 따라 귀하는 공중 보건 보고(예: 공중 보건 공무원에게 특정 질병 보고, 메릴랜드 처방약 모니터링 프로그램(PDMP)에 처방 내용 공유)는 거부할 수 없습니다 건강 정보 교환. 귀하가 거부한 경우에도 CRISP는 이러한 보고를 해야 합니다.

본 기관의 책임

- 저희는 법에 따라 귀하의 건강 정보에 대한 보호 및 안전을 유지해야 합니다.
- 연방 개인정보 보호법과 메릴랜드법이 상충되는 경우, 그리고 메릴랜드법이 귀하의 정보 보호에 있어 더 효과적이고 귀하에게 본인 정보에 대한 더 많은 액세스를 제공하는 경우, 저희는 메릴랜드법을 따를 것입니다.
- 귀하의 개인정보에 대한 보호 또는 보안을 저해하는 위반 행위가 발생하는 경우, 즉시 이를 통지해 드립니다.
- 저희는 본 고지서에 진술된 모든 의무와 개인정보 보호 관행을 준수해야 하며 본 고지서 사본을 귀하에게 제공할 것입니다.
- 귀하가 서면으로 동의하지 않는 한 저희는 본 고지서에 진술된 내용 외에는 귀하의 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 귀하는 동의한 뒤에도 언제든지 마음을 바꿀 수 있습니다. 본 고지서에 진술된 권리나 선택권에 대해 마음이 바뀌는 경우 서면으로 통지해 주십시오.

더 자세한 정보는 아래의 링크를 참조하십시오.

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

본 고지서의 약관에 대한 변경

본 고지서의 약관은 변경될 수 있으며 변경 사항은 귀하에 관해 저희가 보유한 모든 정보에 적용됩니다. 변경된 고지서는 저희 사무소에 요청하거나 저희 웹사이트 <https://health.maryland.gov/pages/privacy.aspx>에서 확인하실 수 있습니다.

본 고지는 2023년 7월 1일부터 효력을 가집니다

개인정보 보호 관행에 대한 본 고지는 다음과 같은 조직에 적용됩니다.

본 고지는 메릴랜드주 보건부(MDH) 포함 구성 기관에 적용됩니다. MDH는 다양한 의료 및 공중 보건 활동을 수행하기 때문에 HIPAA 규정에 따라 "하이브리드 기관(hybrid entity)"으로 지정되었습니다. MDH 포함 구성 기관은 의료 활동을 수행하는 구성 기관입니다. 포함 구성 기관 목록은 <https://health.maryland.gov/docs/p010306.pdf>를 방문하여 부록을 참조하십시오. MDH는 비 MDH 기관(사업 제휴사)을 이용하여 허용된 활동을 수행할 수 있습니다. 귀하의 PHI를 저희를 대신하는 제3자에게 공개하는 경우, 저희는 적절한 개인정보 보호 계약을 통해 귀하의 PHI를 보호합니다.

아래 상자에 기관 개인정보 보호 공식 연락처 정보를 써넣으십시오.

MDH 개인정보 보호 사무소

내부 통제, 감사 규정 준수 및 정보 보안(IAC/S)

사무소: 410-767-5411

mdh.privacyofficer@maryland.gov