

개인정보 보호관행 공지

귀하의 정보. 귀하의 권리. 당부서의 책임.

이 공지에서는 귀하의 의료 정보를 사용하고 공개하는 방법과 귀하가 이를 열람하는 방법에 대해 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주세요.

이 공지에 대해 궁금한 점이 있으면 DDS 개인정보 보호 책임자에게 PrivacyOfficer@dds.ca.gov로 문의하시기 바랍니다.

이 공지의 준수 대상

이 공지는 당부서의 관행과 다음 사람, 시설 및 단체의 관행을 설명합니다:

- 귀하의 건강 기록에 정보를 입력할 권한이 있는 모든 DDS 의료 서비스 전문가.
- 모든 DDS 운영 시설.
- 귀하가 치료를 받는 동안 당부서가 귀하를 돕도록 허용하는 자원봉사 그룹의 모든 구성원.
- 모든 DDS 인력 및 계약자.
- 당부서를 대신하여 서비스를 수행하도록 계약된 지역 센터를 포함한 모든 비즈니스 협력업체. 이러한 비즈니스 협력업체는 법에 따라 귀하의 건강 정보를 보호하고 당부서와 동일한 법적 개인정보 보호 기준을 준수해야 합니다.

이러한 모든 단체, 사이트 및 위치는 이 공지의 약관을 따릅니다. 또한 이러한 단체, 사이트 및 위치는 이 공지에 설명된 치료, 결제 또는 의료 서비스 운영 목적을 위해 귀하의 정보를 서로 공유할 수 있습니다.

의료, 정신 및 행동 건강 정보에 관한 당부서의 약속

- 당부서는 귀하와 귀하의 건강에 관한 정보는 개인적인 정보라는 것을 잘 알고 있습니다.
- 당부서는 귀하의 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다.
- 당부서는 귀하가 받은 치료 및 서비스에 대한 기록을 생성합니다. 당부서는 양질의 서비스를 제공하고 특정 법적 요건을 준수하기 위해 이 기록을 필요로 합니다. 이 공지는 당부서의 직원이나 서비스 제공자가 작성한 것이든 상관없이 DDS에서 생성한 모든 진료 기록에 적용됩니다. 외부 서비스 제공자는 외부 서비스 제공자의 사무실이나 클리닉에서 생성된 귀하 정보의 사용 및 공개에 관한 다른 정책이나 공지를 가지고 있을 수 있습니다.

이 공지에서는 당부서가 귀하에 관한 정보를 사용하고 공개하는 방식에 대해 설명합니다. 또한 당부서는 귀하의 정보 사용 및 공개와 관련하여 귀하의 권리와 당부서가 갖는 특정 의무에 대해서도 설명합니다.

당부서는 법에 따라 다음 요건을 준수해야 합니다:

- 귀하를 식별할 수 있는 정보는 비공개로 유지해야 합니다(일부 예외가 있음);
- 귀하에 관한 정보와 관련하여 당부서의 법적 의무 및 개인정보 보호 관행에 대한 이 공지를 귀하에게 제공해야 합니다;
- 이 공지를 눈에 잘 띄는 곳에 게시하고 웹사이트를 통해 전자적으로 확인할 수 있도록 해야 합니다;
- 귀하의 건강 정보 침해와 관련하여 귀하에게 통지해야 합니다;
- 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 성적 지향, 성 정체성, 연령 또는 장애를 이유로 차별을 하지 않습니다.
- 현재 시행 중인 공지 약관을 따라야 합니다.

당부서가 귀하에 관한 의료, 정신 및 행동 건강 정보를 사용하고 공개하는 방법

다음 범주에서는 당부서가 정보를 사용하고 공개하는 다양한 방식을 설명합니다. 각 사용 또는 공개의 범주에 대해 그 의미를 설명하고 몇 가지 예를 들어 보도록 하겠습니다. 모든 사용이나 공개 내용이 범주 내에 나열되는 것은 아닙니다. 그러나 당부서가 정보를 사용 및 공개할 수 있는 모든 방법은 다음 범주 중 하나에 해당합니다. 이 공지에 설명되지 않은 사용 및 공개는 귀하의 서면 승인이 있는 경우에만 이루어집니다.

1) 귀하의 요청에 따른 공개

당부서는 귀하의 요청이 있을 경우 정보를 공개할 수 있습니다. 귀하의 요청에 따른 공개에는 귀하의 서면 승인이 필요할 수 있습니다.

2) 치료를 위한 공개

당부서는 귀하에게 치료 또는 서비스를 제공하기 위해 귀하에 관한 정보를 사용할 수 있습니다. 당부서는 귀하에 대한 정보를 의사, 간호사, 기술자, 의료 전공 학생 또는 귀하를 돌보는 데 관여하는 기타 직원에게 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 다리 골절을 치료하는 의사는 귀하가 당뇨병이 있으면 치유 과정이 느려질 수 있으므로 귀하가 당뇨병이 있는지 여부를 알아야 하고, 귀하의 정신 건강 문제를 치료하는 의사는 약물이 다른 약 처방에 영향을 미칠 수 있으므로 귀하가 현재 복용 중인 약물을 알아야 할 수 있습니다.

3) 결제를 위한 공개

당부서는 귀하가 받은 치료 및 서비스에 대한 비용을 청구하고 귀하, 보험회사 또는 제3자로부터 대금을 수급하기 위해 귀하에 관한 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 당부서는 귀하가 받은 치료에 대한 정보를 귀하의 건강 보험에 제공하여 해당 보험에서 당부서에 치료비를 지급하거나 환급할 수 있도록 해야 할 수 있습니다.

4) 의료 서비스 운영을 위한 공개

당부서는 의료 서비스 운영을 위해 귀하에 관한 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 이러한 사용 및 공개는 당부서의 시설을 운영하고 모든 소비자가 양질의 치료를 받을 수 있도록 하기 위해 필요합니다. 예를 들어, 당부서는 당부서의 치료 및 서비스를 검토하고 귀하를 돌보는 직원의 성과를 평가하기 위해 정보를 사용할 수 있습니다.

5) 부수적 사용 및 공개

당부서가 귀하에게 서비스를 제공하거나 당부서의 업무를 수행하는 과정에서 귀하의 건강 정보를 부수적으로 사용하거나 공개하는 경우가 있습니다. 예를 들어, 같은 구역에서 대기 중인 다른 사람들이 귀하의 이름을 부르는 것을 들을 수 있습니다. 당부서는 이러한 부수적인 사용 및 공개를 제한하기 위해 합리적인 노력을 기울일 것입니다.

6) 모금 활동을 위한 공개

당부서는 모금 목적으로 귀하에 대한 정보를 사용할 수 있지만, 귀하의 유효한 서명 동의가 있는 경우에만 사용할 수 있습니다. 또한, 귀하는 모금 관련 커뮤니케이션을 수신하거나 이에 관여되지 않을 것입니다.

7) 가족 구성원 또는 귀하가 지정한 타인에 의한 공개

귀하의 배우자, 부모, 자녀 또는 형제자매가 정보를 요청하고 귀하가 이 정보의 공개를 승인할 수 없는 경우, 당부서는 해당 요청자에게 귀하가 당사 시설에 있다는 사실을 알려야 합니다. 귀하가 이 정보를 제공하지 말도록 요청하지 않는 한, 당부서는 귀하의 석방, 이송, 심각한 질병, 부상 또는 사망에 대해 가족의 요청이 있는 경우에만 귀하의 가까운 친척이나 귀하가 지정한 다른 사람에게 알리기 위해 합리적인 노력을 기울여야 합니다.

8) 시설 디렉토리에 공개

당부서는 귀하가 당사 시설의 소비자인 동안 귀하에 대한 특정 제한된 정보를 내부 디렉토리에 포함시킬 수 있습니다. 이 정보에는 귀하의 이름, 병원 내 위치, 전반적인 상태(예: 양호, 보통 등) 및 종교적 소속이 포함될 수 있습니다. 귀하의 특별한 서면 요청이 없는 한, 귀하의 종교적 소속을 제외한 이 디렉토리에 있는 정보는 귀하의 이름으로 요청하는 사람들에게도 공개될 수 있습니다. 귀하의 종교적 소속은 사제나 랍비 등 성직자가 귀하의 이름으로 요청하지 않더라도 알려줄 수 있습니다. 이 정보는 가족, 친구, 성직자가 귀하를 방문하고 귀하의 상태를 전반적으로 파악할 수 있도록 공개됩니다.

9) 귀하의 치료 또는 치료비 지불에 관련된 개인에 공개

당부서는 귀하가 지정한 친구나 가족 또는 귀하가 법적으로 승인한 대리인이 귀하의 의료에 관여할 수 있도록 귀하에 관한 정보를 공개할 수 있습니다. 당부서는 귀하의 치료비 지불을 돕는 사람에게 정보를 제공할 수도 있습니다. 또한 당부서는 재난 구호 활동을 지원하는 단체에 귀하에 대한 정보를 공개하여 귀하의 상태, 현황 및 위치를 가족에게 알릴 수 있도록 할 수 있습니다.

10) 연구를 위한 공개

특정 상황에서 당부서는 연구 목적으로 귀하에 대한 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 연구 프로젝트에는 동일한 질환에 대해 한 약을 복용한 모든 소비자와 다른 약을 복용한 소비자의 건강 및 회복 상태를 비교하는 것이 포함될 수 있습니다.

11) 법의 요구에 따른 공개

당부서는 연방법, 주법 또는 지방법에 의해 요구되는 경우 귀하에 대한 정보를 공개할 것입니다.

12) 건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 피하기 위한 공개

당부서는 귀하의 건강과 안전 또는 대중이나 타인의 건강과 안전에 대한 심각한 위협을 방지하기 위해 필요한 경우 귀하에 관한 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다.

13) 건강 정보 교환을 위한 공개

당부서는 건강 정보 교환 네트워크를 통해 귀하의 건강 정보를 다른 그룹과 전자적으로 공유할 수 있습니다. 이러한 기타 그룹에는 병원, 실험실, 의사, 공중 보건국, 건강 보험 및 기타 참여자가 포함될 수 있습니다. 데이터를 전자적으로 공유하면 치료하는 의료진에게 건강 데이터를 더 빠르게 전달할 수 있습니다. 예를 들어, 여행 중 치료가 필요한 경우 참여하는 다른 의사가 전자적으로 귀하의 정보에 접근하여 진료를 도울 수 있습니다. 또한 당부서는 연방 건강보험개혁법(Affordable Care Act)에도 관여하고 있으며, 전자 의료 시스템의 의미 있는 사용과 관련된 국가 목표를 달성하기 위해 허용되는 대로 정보를 사용하고 공유할 수 있습니다.

14) 특수 상황에서의 공개

i. 장기 및 조직 기증

당부서는 장기 조달 또는 장기, 안구 또는 조직 이식을 처리하는 기관 또는 장기 기증 은행에 정보를 공개할 수 있습니다.

ii. 군인 및 재향군인

귀하가 군인 또는 외국 군인의 일원인 경우, 당부서는 군 지휘 당국의 요구에 따라 귀하에 대한 정보를 공개할 수 있습니다.

iii. 근로자 보상

당부서는 산재 보상 또는 이와 유사한 프로그램을 위해 귀하에 대한 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 프로그램은 업무 관련 부상이나 질병에 대한 혜택을 제공합니다.

iv. 공중 보건 활동

당부서는 공중 보건 활동을 위해 귀하에 대한 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 활동에는 다음의 경우가 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다:

- 질병, 부상 또는 장애의 예방이나 통제를 위한 경우;
- 출생 및 사망 신고의 경우;
- 아동, 노인 및 부양 성인에 대한 학대 또는 방임과 관련한 신고의 경우;
- 약물에 대한 반응이나 제품에 대한 문제를 보고하는 경우;
- 사용 중인 제품의 리콜을 사람들에게 알리기 위한 경우;
- 질병에 노출되었거나 질병 또는 질환에 걸리거나 전염될 위험이 있는 사람에게 알리기 위한 경우;

- 소비자가 학대, 방임 또는 가정 폭력의 피해자라고 판단되는 경우 해당 정부 기관에 알리기 위한 경우. 당부서는 귀하가 동의하거나 법률에 의해 요구되거나 승인된 경우에만 이러한 정보를 공개합니다;
- 주 및 연방법을 준수하기 위해 필요한 범위 내에서 비상 대응 직원에게 HIV/AIDS 노출에 대해 알리는 경우.

v. 건강 감독 활동

당부서는 법률에 의해 승인된 활동을 위해 보건 감독 기관에 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 감독 활동에는 감사, 조사, 검사 및 라이선스 부여가 포함될 수 있습니다. 이러한 활동은 정부가 의료 시스템, 정부 프로그램, 민권법 준수 여부를 모니터링하는 데 필요합니다.

vi. 소송 및 분쟁

귀하가 소송이나 분쟁에 연루된 경우, 당사는 법원 또는 행정 명령에 따라 귀하에 관한 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 당부서는 분쟁에 관련된 다른 사람의 소환장, 증거개시 요청 또는 기타 합법적인 절차에 따라 귀하에 대한 정보를 공개할 수 있지만, 요청에 대해 귀하에게 알리려는 노력(귀하에게 서면 통지 포함) 또는 요청된 정보 보호 명령을 받기 위한 노력을 포함하여 법 절차에서 요구하는 모든 사항을 준수한 후에만 공개할 수 있습니다.

당부서는 후견인 제도 및 기타 특정 사법 또는 행정 절차 진행 과정에서 법원, 변호사, 법원 직원에게 정신/행동 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

vii. 법 집행 기관

당부서는 법집행관의 요청이 있는 경우 다음과 같은 상황과 목적을 위해 정보를 공개할 수 있습니다:

- 법원 명령, 소환장, 영장, 소환 또는 이와 유사한 절차에 응답하기 위한 목적
- 용의자, 도망자, 중요 목격자, 탈주자 및 특정 실종자의 신원을 확인하거나 위치를 파악하기 위한 목적

- 특정 제한된 상황에서 당사자의 동의를 얻을 수 없는 경우 범죄 피해자에 대한 정보를 파악하기 위한 목적
- 법에서 요구하거나 허용하는 학대, 방치 또는 폭행을 신고하기 위한 목적
- 제3자에게 대한 특정 위협을 신고하기 위한 목적
- 경찰이 귀하를 당부서 시설로 데려와 알코올 또는 약물 남용 여부를 확인하기 위해 혈액 검사를 요청하는 경우
- 범죄 행위의 결과로 추정되는 사망에 대한 정보를 파악하기 위한 목적
- 당부서 시설 내 범죄 행위에 대한 정보를 파악하기 위한 목적
- 범죄 신고를 위한 긴급 상황; 범죄 또는 피해자의 위치; 범죄를 저지른 사람의 신원, 묘사 또는 위치를 파악하기 위한 목적
- 시설에 영장을 제출한 경찰관의 요청이 있는 경우
- 소비자의 비자발적 입원 시 요청이 있는 경우
- 귀하가 경찰 구금 중이거나 교정 기관의 수감자이고 건강 관리 제공, 귀하의 건강과 안전, 타인의 건강과 안전 또는 교정 기관의 안전과 보안을 위해 정보가 필요한 경우

viii. 검시관, 검시 의사 및 장의사

당부서는 검시관 또는 검시 의사에게 정보를 공개할 수 있습니다. 이는, 예를 들어, 사망자의 신원을 확인하거나 사망 원인을 파악하는데 필요할 수 있습니다. 또한 필요에 따라 장의사에게 소비자에 대한 정보를 공개할 수도 있습니다.

ix. 국가 안보 및 정보 활동

당부서는 법률에 의해 승인된 정보, 방첩 및 기타 국가 안보 활동을 위해 권한을 위임받은 연방 공무원에게 귀하에 관한 정보를 공개할 수 있습니다.

x. 대통령 및 기타 인물을 위한 경호 서비스

당부서는 권한을 위임받은 연방 공무원에게 귀하에 관한 정보를 공개하여 이들이 대통령, 선출직 헌법상의 공무원 및 그 가족, 외국 국가 원수를 보호하거나 특별 수사를 수행할 수 있도록 할 수 있습니다.

xi. 옹호 그룹

당부서는 법이 허용하는 특정 수사 목적을 위해 캘리포니아 장애인 권리 단체에 정신/행동 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

xii. 법무부

당부서는 형사 사법 시스템과 관련된 특정 소비자 또는 총기 또는 치명적인 무기를 구매, 소지 또는 통제할 수 없는 사람에 대한 이동 및 신원 확인 목적으로 캘리포니아 법무부에 제한된 정보를 공개할 수 있습니다.

xiii. 다분야 인사 팀

당부서는 학대 아동 및 아동의 부모, 또는 노인 학대 또는 부양 성인 및 방임의 예방, 식별, 관리 또는 치료와 관련된 다분야 인사팀에 정보를 공개할 수 있습니다.

xiv. 특별 정보 범주

경우에 따라 귀하의 정보는 이 공지에 설명된 일부 사용 또는 공개를 제한하거나 금지할 수 있는 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 예를 들어, 심리 치료 기록, 유전자 검사, HIV 검사, 정신 건강 상태 또는 알코올 및 약물 남용 치료 등 특정 범주의 정보 사용 또는 공개에 대한 특별한 제한이 있습니다. 정부 메디-캘과 같은 의료 혜택 프로그램은 프로그램과 무관한 목적에 대해 수혜자 정보 공개를 제한할 수도 있습니다.

xv. 상원 및 하원 규칙 위원회

당부서는 입법 조사를 목적으로 상원 또는 하원 규칙위원회에 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다.

xvi. 미국 보건복지부

당부서는 HIPAA 개인정보 보호 규정 준수 여부를 조사하거나 결정하기 위한 목적으로 보건복지부 장관에게 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다.

xvii. 심리 치료 노트

심리치료 노트는 정신건강 전문가인 의료서비스 제공자가 개인 상담 세션 또는 그룹, 공동 또는 가족 상담 세션 중 대화 내용을 기록하거나 (모든 매체를 통해) 분석한 내용을 기록한 노트를 의미하며, 개인의 나머지 의료 기록의 나머지 부분과 분리됩니다.

당부서는 법률에서 요구하는 경우 또는 다음과 같은 경우를 제외하고는 귀하의 승인을 받은 경우에만 귀하의 심리 치료 노트를 사용하거나 공개할 수 있습니다:

- 노트 작성자가 사용하는 경우
- 학생, 수련생 또는 개업의를 위한 감독 대상 정신 건강 교육 프로그램에서 사용하는 경우
- 개인이 제기한 법적 소송 또는 기타 절차를 방어하기 위한 DDS가 사용하는 경우
- 개인 또는 공중의 건강 또는 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 예방하거나 완화하기 위한 경우
- 심리 치료 노트 작성자가 건강 감독을 위해 사용하는 경우
- 소비자의 사망을 보고하기 위해 검사관 또는 검사 의사에게 사용 또는 공개하는 경우
- DDS의 HIPAA 개인정보 보호 규정 준수 여부를 조사하거나 결정하기 위한 목적으로 보건복지부 장관에게 사용 또는 공개하는 경우.

귀하의 의료, 정신/행동 건강 정보에 관한 귀하의 권리

귀하는 당부서가 보유한 귀하에 관한 정보와 관련하여 다음과 같은 권리를 가집니다:

1) 열람 및 복사할 권리

당부서는 귀하의 요청이 있을 경우 사본을 제공하거나 열람을 위한 접근 권한을 부여하여 정보를 공개할 수 있습니다. 귀하의 요청에 따라 제3자에게 이러한 공개를 하려면 귀하의 서면 승인이 필요할 수 있습니다.

2) 수정할 권리

당부서가 보유한 귀하에 관한 정보가 부정확하거나 불완전하다고 생각되는 경우, 귀하는 당부서에 정보 수정을 요청할 수 있습니다. 귀하는 당부서가 정보를 보관하는 동안 수정을 요청할 권리가 있습니다. 수정을 요청하려면 서면으로 요청하여 기록이 보관된 시설에 제출해야 합니다. 또한 요청을 뒷받침하는 사유를 제공해야 할 수도 있습니다.

수정 요청이 서면으로 이루어지지 않았거나 요청을 뒷받침할 수 있는 사유가 포함되지 않은 경우 당부서는 귀하의 수정 요청을 거부할 수 있습니다. 또한 귀하가 당부서에 다음 정보에 대한 수정을 요청하는 경우 당부서는 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다:

- 당부서가 작성하지 않은 정보. 단, 해당 정보를 작성한 개인 또는 단체가 더 이상 수정을 할 수 없는 경우 제외;
- 당부서가 보관하거나 당부서를 위해 보관하는 정보의 일부가 아닌 정보;
- 귀하가 열람 및 복사할 수 있는 정보의 일부가 아닌 경우 정보; 또는
- 정확하고 완전한 정보.

당부서가 귀하의 수정 요청을 거부하더라도 귀하는 기록에 불완전하거나 부정확하다고 생각되는 항목이나 진술에 대해 250자를 초과하지 않는 서면 부록을 제출할 권리가 있습니다. 귀하가 부록을 귀하의 건강 기록의 일부로 포함하기를 원한다는 의사를 서면으로 명확히 표시하면 당부서는 이를 귀하의 기록에 첨부하고 불완전하거나 부정확하다고 생각되는 항목이나 진술을 공개할 때마다 부록을 포함시킬 것입니다.

3) 공개에 내역에 대한 설명을 요청할 권리

귀하는 "공개 내역에 대한 설명"을 요청할 권리가 있습니다. 이는 치료, 결제 및 의료 서비스 운영(위에 설명된 기능)을 위한 당부서의 용도 외에 귀하에 대한 정보를 공개한 목록이며, 법률에 따른 예외 사항도 포함되어 있습니다.

이 목록 또는 공개 내역에 대한 설명을 요청하려면 귀하가 거주했던 시설에 서면으로 요청서를 제출해야 합니다. 요청에는 6년을 초과하지 않은 기간을 명시해야 하며 2003년 4월 14일 이전의 날짜는 포함할 수 없습니다. 요청 시 어떤 형식(예: 종이 또는 전자 문서)으로 목록을 받고 싶은지 명시해야 합니다. 12개월 내에 요청하는 첫 번째 목록은 무료입니다. 추가 목록의 경우 목록 제공에 따른 비용을 청구할 수 있습니다. 당부서는 관련 비용을 알려드리며, 귀하의 비용이 발생하기 전의 시점에 요청을 철회하거나 수정할 수 있습니다. 또한 당부서는 귀하의 보안이 되지 않은 보호 대상 건강 정보가 침해된 경우 법에서 요구하는 바에 따라 해당 사실을 귀하에게 알려드릴 것입니다.

4) 제한을 요청할 권리

귀하는 치료, 결제 또는 의료 서비스 운영을 위해 당부서가 사용하거나 공개하는 귀하에 관한 정보에 대한 제한 또는 한정을 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하는 가족이나 친구 등 귀하의 치료 또는 치료비 지불에 관여하는 사람에게 당부서가 공개하는 귀하에 대한 정보를 한정할 것을 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 귀하가 받은 수술에 대한 정보를 사용 또는 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다.

당부서는 귀하 또는 귀하를 대신하는 다른 사람(건강 플랜 또는 보험사 제외)이 일반적으로 건강 보험에 청구되는 시술에 대해 항목 또는 서비스 비용을 전액 본인 부담으로 지불한 경우 지불 또는 건강 관리 운영 목적으로 건강 보험 또는 보험사에 대한 공개를 제한하도록 요청하는 경우를 제외하고는 귀하의 요청에 동의할 의무가 없습니다. 이러한 특별 제한을 요청하더라도 당부서는 귀하의 치료를 위해 건강 플랜 또는 보험사에 정보를 공개할 수 있습니다.

당부서가 다른 특별 제한에 동의하는 경우, 당사는 응급 치료를 제공하는 데 필요한 정보가 아닌 한 귀하의 요청을 준수할 것입니다.

제한을 요청하려면, 해당 서비스가 제공된 시설에 서면으로 요청해야 합니다. 요청 시, 귀하는 1) 제한하려는 정보, 2) 사용, 공개 또는 둘 다 제한을 둘지 여부, 3) 배우자에 대한 공개 등 누구에게 제한을 적용할지를 알려야 합니다.

5) DDS에서 귀하에게 기밀 통신을 하도록 요청할 권리

귀하는 당부서가 특정 방식 또는 특정 장소에서 귀하의 건강 문제에 대해 귀하와 소통하도록 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 거주지나 우편으로만 연락하도록 요청할 수 있습니다.

기밀 통신을 요청하려면 해당 서비스가 제공되었거나 제공될 시설에 서면으로 요청해야 합니다. 당부서는 귀하의 요청 사유는 묻지 않습니다. 당부서는 모든 합리적인 요청을 수용합니다. 요청 시에는 귀하와의 연락 방법이나 연락처를 명시해야 합니다.

6) 이 공지의 종이 사본을 요청할 권리

귀하는 이 공지의 종이 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 언제든지 이 공지의 사본 제공을 요청할 수 있습니다. 이 공지를 전자적으로 수신하는 데 동의한 경우에도 종이 사본을 받을 수 있습니다.

이 공지의 사본은 당부서 웹사이트 www.dds.ca.gov 에서 구하거나 서비스를 제공받는 시설에 요청하여 종이 사본을 받을 수 있습니다.

당부서는 이 섹션에 따른 귀하의 요청에 요청과 관련된 정보의 전부 또는 일부가 공개될 경우 귀하가 위험에 처할 수 있다는 진술을 포함하도록 요구할 수 있습니다.

7) 이 공지의 변경

당부서는 이 공지를 변경할 권리를 보유하고 있습니다. 당부서는 이미 보유하고 있는 귀하에 대한 정보 및 향후 당부서가 받는 모든 정보에 대해 수정 또는 변경 공지를 할 권리를 보유하고 있습니다. 당부서는 현행 공지 사본을 시설 내에 게시할 것입니다. 이 공지 첫 페이지에 시행일이 표시됩니다.

8) 불만 제기

귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 당부서 또는 미국 보건복지부 장관에게 불만을 제기할 수 있습니다. 당부서에 불만을 제기하려면, 최고 개인정보 보호 책임자에게 privacyofficer@dds.ca.gov 로 또는 (916) 654-3405로 문의하세요. 모든 불만 제기는 서면으로 제출해야 합니다. 귀하는 불만 제기로 인해 불이익을 받거나 보복을 당하지 않습니다.

의료 및 정신/행동 건강 정보의 기타 용도

당부서에 적용되는 법률에 대한 이 공지에서 다루지 않는 기타 정보의 사용 및 공개는 귀하의 서면 동의가 있는 경우에만 이루어집니다. 귀하가 귀하에 관한 정보를 사용하거나 공개할 수 있는 권한을 당부서에 제공한 경우, 귀하는 언제든지 서면으로 그 권한을 취소할 수 있습니다. 귀하가 귀하의 허락을 취소하는 경우, 당부서가 이미 귀하의 허락에 따라 조치를 취한 경우를 제외하고는, 이는 귀하의 서면 승인에 포함된 목적으로 귀하의 정보의 추가 사용이나 공개를 중지하게 될 것입니다. 귀하는 당부서가 귀하의 허락을 받아 이미 공개한 정보를 취소할 수 없으며, 당부서는 당부서가 귀하에게 제공한 진료 기록을 보관해야 한다는 점을 이해합니다.



공지 수신 확인

소비자 이름: _____

이 양식에 서명함으로써 귀하는 발달장애서비스국(DDS)의 개인정보 처리방침 공지 사본을 수신했음에 동의하는 것입니다. 당부서의 개인정보 처리방침 공지는 당부서가 귀하의 보호 대상인 건강 정보를 어떻게 사용하고 공개할 수 있는지 알려드립니다. 모든 내용을 읽어보시기 바랍니다.

본인, _____은(는) DDS의 개인정보 처리방침 고지 사본을
받았습니다.

자필 정자체 이름

날짜: _____ 시간: _____ 오전/오후 서명: _____

소비자 또는 법정 대리인

소비자가 아닌 다른 사람이 서명한 경우, 관계를 표시하세요: _____

Office Use Only (사무실 전용):



INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT

Good Faith Effort (check all that apply):

- I provided copy of notice to consumer or legal representative
- I presented the Acknowledgement to consumer or legal representative for signature
- Other (Explain): _____

Reason(s) why the Acknowledgment was not obtained (check all that apply):

- The consumer or legal representative refused to sign
- Other (Explain): _____

DDS Staff Signature: _____

DDS Staff Name: _____

Date: _____ Time: _____ a.m./p.m.