

# 개인정보 보호정책

본 통지서는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 이 정보에 접근할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토하시기 바랍니다. 본 공지는 추가 공지가 있을 때까지 2004 년 4 월 1 일부터 유효합니다.

## 통지할 권리

환자로서 귀하는 귀하의 보호되는 건강 정보 또는 사용 및 공개에 대해 적절한 통지를 받을 권리가 있습니다. 건강 보험 이동성 및 접근성법(HIPAA)에 따라 Sunset Eye Clinic/Sunset Vision Center LLC 는 치료, 지불 및 의료 운영을 위해 귀하의 보호된 건강 정보를 사용할 수 있습니다. a) 치료 - 당사는 귀하에게 치료를 제공하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자에게 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. b) 지불 - 우리는 귀하에게 제공하는 서비스에 대한 지불을 얻기 위해 귀하의 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. c) 의료 운영 - 당사는 의료 운영과 관련하여 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 의료 운영에는 품질 평가 및 개선 활동, 의료 전문가의 역량 또는 자격 검토, 제공자 성과 평가, 교육 프로그램 수행, 인증, 라이선스 또는 자격 증명 활동이 포함됩니다.

## 귀하의 승인

치료, 지불, 의료 운영에 속하지 않는 대부분의 사용 및 공개에는 귀하의 서면 승인이 필요합니다. 서명 후 귀하는 언제든지 당사 업무를 통해 귀하의 승인을 (서면으로) 취소할 수 있습니다.

## 긴급 상황

응급 상황이 발생한 경우, 저희는 전문적인 판단에 따라 가족이나 귀하의 치료를 담당하는 다른 사람에게 건강 정보를 공개할 것입니다. 우리는 귀하의 건강 정보와 직접적으로 관련된 건강 정보만 공개합니다.

## 홍보

우리는 귀하의 서면 승인 없이 귀하의 건강정보를 마케팅 커뮤니케이션에 사용하지 않을 것입니다.

## 학대 또는 방치

귀하가 학대, 방치, 가정 폭력의 피해자이거나 기타 범죄의 피해자일 가능성이 있다고 합리적으로 판단하는 경우, 귀하의 건강 정보를 적절한 당국에 공개할 수 있습니다. 우리는 귀하 또는 다른 사람의 건강이나 안전에 대한 심각한 위협을 방지하는 데 필요한 범위까지 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

## 국가 안보

우리는 특정 상황에서 군대 요원의 건강 정보를 군 당국에 공개할 수 있습니다. 우리는 합법적 정보, 방첩 및 기타 국가 안보 활동에 필요한 승인된 연방 공무원에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 우리는 특정 상황에서 수감자나 환자의 건강 정보를 해당 당국에 공개할 수 있습니다.

## 예약 알림

우리는 전화, 이메일 또는 편지를 통해 예약 알림을 제공하기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

## 환자로서의 귀하의 권리

귀하는 귀하의 보호 대상 건강 정보 공개를 서면으로 제한할 권리가 있습니다. 치료, 지불 또는 의료 운영에 정보가 필요한 경우 제한 요청이 거부될 수 있습니다. - 귀하는 귀하의 보호되는 건강 정보에 관한 비밀 통신을 받을 권리가 있습니다. - 귀하는 귀하의 보호 대상 건강 정보를 검사하고 복사할 권리가 있습니다. - 귀하는 보호받는 건강 정보를 수정할 권리가 있습니다. - 귀하는 귀하의 보호 대상 건강 정보 공개에 대한 설명을 받을 권리가 있습니다. - 귀하는 본 개인정보 보호 관행 고지문의 종이 사본을 받을 권리가 있습니다.

## 법적으로 요구되는 사항

법에 의해 요구되는 경우 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수도 있습니다. Sunset Eye Clinic LLC / Sunset Vision Center LLC 는 법적으로 귀하의 보호되는 건강 정보의 개인 정보를 유지해야 합니다. 당사는 현재 명시된 대로 본 공지의 조건을 준수해야 하며 본 공지를 변경할 수 있는 권리를 보유합니다. 새로운 통지에 포함된 정책은 본 사이트에 게시되거나 당사 사무실 내에서 확인할 수 있을 때까지 유효하지 않습니다.

## 불만 사항

귀하의 보호되는 건강 정보가 처리되는 방식에 대해 불만 사항이 있는 경우 서면으로 저희 사무실에 불만 사항을 제출하실 수 있습니다. 귀하는 불만 사항에 대해 어떠한 방식으로든 보복/영향을 받지 않습니다.

## 연락처 정보

Sunset Eye Clinic / Sunset Vision Center LLC 의 개인 정보 보호 정책에 대한 자세한 내용은 다음 주소 또는 전화 번호로 문의하십시오.  
Sunset Eye Clinic, 1865 SW 169<sup>th</sup> Pl Ste. 105, Beaverton, OR 97006, (503) 533-8441.

SUNSET EYE CLINIC, LLC  
SUNSET VISION CENTER, LLC

치료, 지불, 의료 서비스 운영을 위해 건강 정보를 사용하거나 공개하는 데 동의서

환자 이름 Patient Name \_\_\_\_\_

서비스를 제공하는 과정에서 신분 확인을 위하여 의료기록을 작성하고 수집하고 보관하게 됩니다. 필요에 따라서는 치료의 목적을 위하여 정보를 사용하거나 공개하게 됩니다. 저희 안과에서 서비스를 제공하는 목적 외에도 차후에 다른 병원에서 의료상담을 받으실 때나 보험관계, 또는 처리시에 제 3자 제공이 필요할 수 있습니다.

In the course of providing service to you, we create, receive, and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose your health information for treatment purposes. This not only includes care and services provided here, but also may be necessary for you to receive follow-up care from another health professional. Similarly, the use and disclosure of your health information may be needed for processing claims, determining benefits, and/or obtaining payment from a third party.

본 동의서에 서명하시는 것은 Sunset Eye Clinic에서 치료, 지불 및 건강 관리를 위하여 의료기록을 사용하고 공개하는것에 동의 하시게 됩니다. 또한, Collection으로 보내지는 경우 상황에 따라 총액의 30-40%를 수수료로 지불해야 한다는 데 동의합니다. 서명함으로써 개인정보 보호 관행공지가 제공되었다는 것에 동의하게 됩니다. 개인정보 보호 관행공지에 관해서 질문사항이 있으시면 접수 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

When you sign this consent document, you agree that Sunset Eye Clinic may use and disclose your health information to treat you, to obtain payment for our services, and to perform health care referrals. You agree that in the event you are sent to collections, you are subject to 30-40% of the total amount owed as a collection service fee depending on circumstances. By signing, you also agree that a copy of the **Notice of Privacy Practice** was available for you to read. If you have any questions regarding the Notice of Privacy Practice, please ask the receptionist.

이곳에 서명하시면, 동의서에 의해 이미 정보가 사용되지 않은 한 언제든지 서면으로 동의서를 취소하실 수 있습니다.

If you sign this authorization, you may revoke this consent in writing at any time unless we have already performed actions in reliance with this consent.

저 \_\_\_\_\_, 는 위 동의서를 읽고 이해했습니다. 저는 의료기록을 치료, 지불 및 건강관리를 목적으로 사용하고 공개하는 것에 동의합니다. 저는 Sunset Eye Clinic / Sunset Vision Center 의 개인 정보 보호 관행공지를 읽고 이해했습니다.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS CONSENT DOCUMENT. I CONSENT TO THE USE AND DISCLOSURE OF MY HEALTH INFORMATION FOR PURPOSES OF TREATMENT, PAYMENT, AND HEALTH CARE OPERATIONS. I HAVE READ AND UNDERSTAND SUNSET EYE CLINIC / SUNSET VISION CENTER'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICE.

날짜 Date \_\_\_\_\_ 서명 (환자/보호자) \_\_\_\_\_