

페어팩스-힐스 처치 지역사회 서비스 위원회  
개인 비밀 보호에 관한 통지서

이 통지서는 귀하의 의료 정보가 어떻게 사용되거나 공개되며 또한 이러한 정보를 얻을 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 자세히 읽으십시오.

**발표일: 2003년 4월 14일**

**귀하의 개인 비밀 보호는 중요합니다**

페어팩스-힐스 처치 지역사회 서비스 위원회(CSB)는 귀하의 개인 비밀 보호의 중요성을 이해합니다. 저희는 법의 요구에 의해 보호 대상의 의료 정보에 대한 비밀을 유지하며, 보호 대상의 의료 정보와 관련하여 저희의 법적 의무 및 개인 비밀 보호 절차에 대한 통지서를 제공해야 합니다. 저희는 본 통지서의 조건을 준수해야 합니다. 저희는 이러한 정보를 연방/주 법 및 기관의 방침이 허용하는 한도 내에서만 취급할 것이며, 귀하의 의료 정보를 보호하는 가장 엄격한 법을 준수할 것입니다.

언제든지 귀하의 개인 비밀 보호에 대한 권리가 침해되었다고 생각하시면, 구두 또는 서면으로 다음에 연락하실 수 있습니다:

- 귀하의 치료자/케이스 매니저
- 귀하의 치료자/케이스 매니저의 수퍼바이저
- 정신 건강(MH), 정신 박약(MR) 또는 알코올 및 약물 서비스(ADS)에 대한 품질 보증 조정관
- 페어팩스 카운티의 HIPAA 준수 관리자
- 주의 인권 옹호 담당자
- 인권 사무소 산하 연방 정부 보건 복지 서비스부 장관

연락 주소와 전화번호는 이 통지서의 끝 부분에 나와 있습니다. 불평을 접수하더라도 그에 따른 서비스의 변경이나 보복은 없습니다.

귀하께서 저희로부터 서비스를 받으실 때마다, 서비스 제공자는 방문에 대한 기록을 합니다. 대개 이러한 기록에는 귀하에 대한 평가, 서비스 계획, 상태의 진행에 관한 메모, 진찰, 치료 및 장래의 간호나 치료 계획이 포함됩니다.

**45 C.F.R. 파트 160 및 164(HIPAA)  
개인비밀보호 기준) 및 버지니아 주 행정법  
타이틀 12, 섹션 35-115-80 및 35-115-90 (인권)  
하에서 연방 정부가 정의하는 귀하의 권리.**

귀하께서는 귀하의 보호 대상 정보에 대한 다음의 권리를 알아두셔야 합니다:

- 귀하께서는 귀하의 의료 기록의 복사본을 검사하거나 요청할 권리가 있습니다. 이 과정에 대한 비밀은 보장됩니다. 그러나 이러한 권리가 절대적인 것은 아닙니다. 정보의 사용이 해로울 수 있는 등의 상황에서는, 저희는 그 사용을 거부할 수 있습니다. 이러한 요청은 *귀하의 일차 치료자/케이스 매니저 또는 그 수퍼바이저*에게 해야 합니다. 사용이 거절되는 경우, 귀하께서는 그 결정과 이유에 대한 서면 통지를 적절한 시기에 받으시게 될 것입니다. 이러한 요청서와 서면 응답의 복사본은 귀하 기록에 포함됩니다.
- 귀하께서는 귀하 기록의 정보가 부정확하거나 불완전하다고 생각하시는 경우 해당 의료 기록의 수정을 요청할 권리가 있습니다. 이러한 요청은 *귀하의 일차 치료자/케이스 매니저 또는 그 수퍼바이저*에게 해야 합니다. 저희는 이러한 요청을 거절할 수 있으며, 귀하에게 거절 설명서를 제공해 드립니다.
- 치료, 지불, 진료 작업을 위한 것이 아니거나 귀하께서 별도로 인정하지 않은 귀하의 보호 대상의 정보를 CSB가 공개하는 경우, 귀하께서는 이에 대한 해명을 받을 권리가 있습니다. 또한 귀하께서는 저희 기관의 직원이 아닌 자로서 CSB로부터 귀하에 관한 정보를 받은 개인의 이름을 제공받을 권리도 있습니다.
- 귀하께서는 귀하의 보호 대상 정보의 사용이나 공개에 대한 제약을 *귀하의 일차 치료자/케이스 매니저*에게 요청할 권리가 있습니다. CSB 직원은 이러한 요청을 신중하게 고려할 것이며, 저희가 요청하신 제약을 허용하면서도 여전히 효율적인 서비스 제공, 지급금의 수령 및 진료 활동을 계속 유지할 수 있는지에 대해 신속히 알려드릴 것입니다. 저희는 법적으로 귀하께서 요청하는 제약 사항에 반드시 동의할 의무는 없습니다. 그러나 저희가 동의하는 경우 그러한 동의에 의해 구속을 받게 됩니다. 단, 일부 응급 상황은 이에 해당되지 않습니다.

- 귀하께서는 저희가 의료 문제에 관해 귀하와 연락할 때 연락 방법과 위치를 요청할 권리가 있습니다. 이러한 요청은 *귀하의 일차 치료자/케이스 매니저 또는 그 수퍼바이저*에게 해야 합니다. 저희는 적절하다고 인정하는 모든 요청에 동의할 것입니다.
- 귀하께서는 이 개인 비밀 보호의 절차에 대한 통지서를 언제든지 요청하여 얻을 수 있는 권리가 있습니다.

## 귀하에 관한 정보의 사용 및 공개

귀하께서 저희 기관의 정보 교환 승낙 양식에 서명한다는 것은, 저희가 치료의 서비스 제공, 지급금 수령 또는 일상적인 진료 작업의 수행을 목적으로 기관 내에서 귀하의 정보를 사용하거나 다른 관계자에게 그 정보를 공개하는 것을 허용한다는 의미입니다.

예:

*치료/서비스의 효과적인 제공을 위해, 귀하의 일차 치료자/케이스 매니저는 CSB 내의 여러 서비스 제공자와 상담할 수 있습니다. 이러한 상담 시 귀하에 관한 의료 정보를 공유할 수 있습니다.*

*저희는 귀하의 서비스에 대한 지불을 받기 위해, 귀하의 의료 정보를 지불 커버리지의 책임을 맡은 회사나 단체에 보낼 수 있으며 또한 귀하가 지명했으며 재정 양식에 명시된 당사자에게 월별 청구서를 보낼 수 있습니다.*

*일상적인 의료 활동에 있어서, 교육을 받은 직원들은 일차 치료자/케이스 매니저에 의한 검토나 문서화 작업에 필요한 기록을 정리할 목적으로 귀하 클라이언트의 기록을 취급할 수 있습니다. 일부 데이터 요소는 청구 처리와 주 정부의 정신 건강, 정신 지체 및 약물 남용 서비스국(DMHMRSAS)에 대한 통계 보고를 목적으로 컴퓨터 시스템에 입력됩니다. 가장 효율적인 서비스 제공을 위한 저희의 지속적인 품질 개선 노력의 일환으로, 귀하 기록의 정확성, 완전성 및 구성의 보장을 위해 담당 직원이 이를 검토할 수 있습니다. 또한 DMHMRSAS 에 의한 라이선스 검토와 재할 시설 인준 위원회(CARF)에 의한 인준 조사 시에도 기록이 검토될 수 있습니다.*

## 귀하를 위한 진료 활동 강화

일부 CSB 프로그램은 귀하를 위한 진료 강화를 위해 다음과 같은 지원을 제공하며 귀하에게 연락할 수 있습니다:

- 통화나 서신에 의한 약속 시간의 상기
- 대체 치료에 관한 정보

- 귀하에게 도움이 될 수 있는 건강 관련 혜택과 서비스에 관한 정보.

지역사회 식품 안전(CFS)의 오후 간식 프로그램은 USDA 의 요구에 의해 참가자에 대한 기록을 관리해야 합니다.

## 귀하의 진료 또는 진료에 대한 지불에 참여하는 개인들

귀하의 반대가 없는 한, 저희는 귀하에 관한 의료 정보를 귀하의 진료에 참여하는 친구와 가족에게 공개할 수 있습니다. 또한 저희는 귀하의 치료비를 지원하는 개인에게도 이러한 정보를 제공할 수 있습니다.

## 공개가 허용되는 상황

또한 연방 및 주 법에 의해 저희 기관은 일부 상황에서 귀하에 관한 특정 의료 정보를 공개할 수 있습니다.

이러한 상황이란 구체적으로 다음과 같습니다:

- 법이 요구하는 상황 (예: 일부 전염병의 보고와 같은 공공 보건에 필요한 보고서)
- 사법 및 행정 절차 (예: 법원이나 행정 법정, 기관의 변호사 또는 감사원장의 명령)
- 경찰 관련 목적 (예: 총상에 관한 보고; 용의자, 탈주자, 중대한 증인, 실종자에 관해 요청된 제한 정보; 구내에서의 범죄 행위)
- 다른 사람의 건강과 안전에 대한 심각한 위협 방지 (예: 서비스를 제공받은 개인에 의한 구체적인 위협에 대응)
- 학대, 소홀 또는 악용의 피해자인 아동이나 무능력자
- 정부의 전문 기능
- 군 복무 (예: 군사 임무의 적절한 실행을 보장하기 위해 해당 군 명령 계통에 대한 응답)
- 국가 보안과 첩보 활동 (예: 미국 대통령을 위한 경호 관련 활동)
- 미국 국무성 (예: 비밀 정보의 사용 허가에 필요한 의학적 적합성)
- 교도소 (예: 재감자에 대한 교도소)
- 산업 재해 보험의 문서 처리와 지불 촉진
- 검사관에 의한 사망자의 신원 파악이나 사인 판명
- 본 기관의 연방 법규 준수에 대한 미국 보건사회부의 조사.

## 그 밖의 허가가 필요한 귀하 정보의 사용 및 공개

저희가 치료/서비스, 지불 또는 의료 작업 이외의 이유로 그리고 위에서 설명한 특별한 상황이 아닌 경우에 귀하의 보호 대상의 의료 정보를 사용하거나 공개하려면, 귀하의 허가가 필요합니다. 이러한 경우 저희는 *사용/공개 허가* 양식을 사용하며, 이 양식은 어떠한 정보가 무슨 목적으로 누구에게 제공되는지 알려주며 귀하나 귀하의 대리인이 서명해야 합니다. 귀하께서 이 양식에 서명하더라도 언제든지 서면 진술에 의해 그 허가를 취소시킬 수 있습니다. 그러나 저희가 이미 제공한 정보는 해당되지 않습니다.

개인 비밀 보호 절차나 개인 비밀 보호와 관련 있는 연방 및 주 법에 관한 상세한 정보가 필요하시거나 이에 관한 불평을 접수시키려면 아래로 연락하십시오:

- *귀하의 일차 치료자/케이스 매니저*
- *귀하의 일차 치료자/케이스 매니저의 직속 수퍼바이저*
- *귀하 프로그램의 품질 보증 조정관*
  - *MH Services*  
*Northwest Mental Health Center*  
*1850 Cameron Glen Drive*  
*Reston, VA 20190*  
*703-481-4115; TTY 703-481-4110*
  - *ADS*  
*Alcohol and Drug Services*  
*3900 Jermantown Road; Suite 200*  
*Fairfax, VA 22030*  
*703-934-8745; TTY 703-538-5292*
  - *MR Services*  
*Mental Retardation Services*  
*12011 Government Center Parkway; Suite 300*  
*Fairfax, VA 22035*  
*703-324-4426; TTY 703-324-4495*
- *Fairfax County's HIPAA Compliance Manager*  
*Fairfax County Government Center*  
*12000 Government Center Parkway; Suite 527*  
*Fairfax, VA 22035*  
*703-324-4136; TTY 703-968-0217*  
*HIPAA 매니저 연락 URL: <http://www.fairfaxcounty.gov/hipaa/contact/>*
- *State Human Rights Regional Advocate*  
*Northern Virginia Training Center*  
*9901 Braddock Rd*  
*Fairfax, VA 22032*  
*703-323-2098*
- *Office for Civil Rights*  
*Department of Health and Human Services*  
*150 S. Independence Mall West; Suite 372*  
*Public Ledger Building*  
*Philadelphia, PA 19106-9111*  
*대표 전화: 215-861-4441*  
*핫라인: 800-368-1019*  
*팩스: 215-861-4431*  
*TDD: 215-861-4440*

TTY 사용자 안내: 직통 전화 번호가 없으면, 버지니아 릴레이 센터(711)를 사용하여 위의 사무실에 연락하십시오.

페이지 3/3

## 개인 비밀 보호 절차의 변경

CSB는 연방 및 주 법이 허용하는 범위 안에서 그리고 저희가 관리하는 모든 보호 대상의 의료 정보를 효과적으로 보호할 목적으로, 개인 비밀 보호의 방침과 절차를 언제든지 변경할 권리를 소유합니다.

개인 비밀 보호 절차에 대한 개정 통지서는 모든 서비스 제공 시설에 게시되며, 우편에 의한 요청, CSB 담당자와의 대화, CSB의 웹 페이지인 <http://fairfaxcounty.gov/service/csb/homepage.htm> 상에서 [Notice of Privacy Practices](#)를 클릭하여 또는 상기 방법을 절충하여 얻을 수 있습니다.