

귀하의 정보. 귀하의 권리. 의료 센터의 책임.

오리건 대학교는 귀하의 의료 기록에 대한 비밀 유지를 위한 모든 법적, 직업적 의무를 이행하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 본 통지서에서는 귀하의 의료 기록이 사용 및/또는 공개되는 방법과 이러한 정보에 귀하가 접근할 수 있는 방법을 기술합니다.

본 문서를 주의 깊게 살펴보시기 바랍니다.

귀하의 권리:

- 의료 기록의 서면 사본 또는 전자 의료 기록 요청
- 부정확 또는 불완전하다고 생각하는 귀하의 의료 정보에 대한 수정 요청
- 비밀이 보장되는 연락 요청
- 의료 센터가 공유하는 정보 제한 요청
- 의료 센터가 귀하의 정보를 공유한 대상의 목록 요청
- 언제든지 본 개인정보 보호 통지서의 사본 요청
- 귀하를 대신할 공인 대리인을 지정할 권리
- 귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 판단할 때 이의를 제기할 권리
- 의료 센터가 귀하의 권리를 침해했다고 판단할 경우 아래로 연락하여 이의를 제기할 수 있습니다.

HIPAA 준법 감시인: Debra McLaughlin, MPA, CHC -541-346-4452

UO 교무과장: Susan M. Eveland - 541-346-3195

다음은 통해 이의를 제기할 수도 있습니다.

미국 보건사회 복지부: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

미국 교육부: <http://familypolicy.ed.gov/complaint-form>

대학교에서 제공하는 익명 핫라인을 통해 신고할 수도 있습니다(www.uoregon.ethicspoint.com).

이의를 제기해도 보복성 대응은 절대 하지 않습니다.

귀하의 선택.

다음의 경우 의료 센터는 귀하의 동의 하에 귀하의 의료 정보를 사용하고 공유할 것입니다. 귀하는 언제라도 서면으로 동의 여부를 철회할 수 있습니다.

귀하에게 치료 행위를 제공하지 않는 귀하의 가족이나 가까운 친구 또는 귀하를 돌보는 일에 참여하는 그 밖의 사람과 정보를 공유하는 경우

마케팅 또는 모금을 목적으로 귀하에게 연락하는 경우(절대 정보를 판매하지 않음)

의료 연구를 수행하는 경우

장기 및 조직 기증 요청에 응답하는 경우

산재 보상 청구 건을 처리하는 경우

귀하의 서비스에 대해 비용을 청구하는 경우. 단, 서비스 비용을 전액 일시불로 결제할 경우 귀하의 보험회사에 해당 서비스에 대한 비용을 청구하지 말 것을 의료 센터에 요청할 수 있습니다.

특정 공중 보건 활동과 관련된 정보

동의를 필요 없는 사용 및 공개.

다음의 경우에는 귀하의 동의 없이 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다.

귀하에게 의료 서비스를 제공하는 경우(귀하를 치료하는 기타 전문가와 귀하의 의료 기록을 공유할 수 있음)

건강 및 안전상의 응급 상황에 대처할 경우

법을 준수해야 하는 경우

의료 서비스 조직 운영에 필요한 경우

법의학관이나 장의사와 협력해야 하는 경우

UO 정책 및 주법과 연방법에 따라 고소와 소송, 소환 또는 기타 조사위원회 또는 기타 주 기관의 명령에 응해야 할 경우

소송이 예상되거나 대학에 대해 소환장이 발부될 경우 귀하는 Confidentiality of Client/Patient Health Care and Survivors' Services Information(고객/환자 의료 서비스 및 유가족 서비스 정보의 기밀유지) 정책에 기술된 대로 추가적인 보호를 받을 수도 있다는 점을 꼭 알아두십시오. 요청 시 이 정책의 출력본을 받을 수 있으며 대학 웹사이트인 www.policies.uoregon.edu/III.05.02에서 이 정책을 볼 수도 있습니다.

의료 센터의 책임.

법에 따라 의료 센터는 귀하의 교육 기록과 보호 대상 의료 정보를 보호하고 이에 대한 보안을 유지 관리해야 합니다.

이에 따라 의료 센터는 귀하의 정보에 대한 프라이버시 또는 보안에 문제를 일으킬 수 있는 보안 침해 사례가 발생할 경우 이 사실을 즉시 귀하에게 알릴 것입니다.

의료 센터는 본 통지서에 기재된 의무 및 개인정보 보호정책을 준수해야 하며 그 사본을 귀하에게 제공해야 합니다.

자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html 을 참조하십시오.

본 통지서의 조건 변경:

의료 센터는 본 통지서의 조건을 변경할 수 있으며, 해당 내용은 의료 센터가 보유하고 있는 귀하에 대한 모든 정보에 적용됩니다. 의료 센터 사무실에 요청 시 새 통지서를 받을 수 있으며, 의료 센터 웹사이트에서도 새 통지서를 확인할 수 있습니다.

확인 및 동의:

본인은 아래에 명시된 바와 같이 학교 임원을 포함한 오리건 대학이 본인의 교육 기록을 공개하는 데 동의합니다.

공개 목적 및 공개 대상 기록:

- (1) 공중 보건 및 안전상 응급 상황과 관련된 기록과 이에 대처하기 위해 제공하는 기록
- (2) 질병, 부상 또는 장애와 관련된 기록과 이를 방지하거나 통제하기 위해 제공하는 기록
- (3) 귀하의 치료와 관련된 기록과 심층 치료를 위해 제공하는 기록
- (4) 다음과 관련된 기록과 다음을 위해 제공하는 기록: (i) 본인에게 제공되는 의료 서비스 또는 의약품에 대해 제 3자에게 청구, (ii) 본인에게 제공되는 의료 서비스 또는 의약품에 대한 비용 지불

기록 공개 대상:

- (1) 공중보건 측면의 응급 상황이나 질병, 부상 또는 장애를 방지하거나 통제할 목적으로 보고서를 받을 수 있는 법적 공인 기관 ('공중보건 기관'에는 미국 정부와 주, 자치령, 주 또는 자치령의 정치적 구역 소속 기관뿐만 아니라 공중보건 기관의 인증을 받아 활동하는 개인 또는 이러한 기관과 계약을 맺고 활동하는 개인이 포함됨)
- (2) 기타 법에 따라 공중보건 측면의 개입이나 조사를 실시하기 위해 질병 또는 질환에 걸리거나 질병 또는 질환을 퍼뜨릴 위험이 있는 개인을 대학이 통보할 수 있는 경우 해당인
- (3) 본인을 치료하는 의료인 및 관련 직원
- (4) 앞서 설명한 전자 의료 영상 교환 네트워크에 참여하는 HIPAA 적용 기관 및 직원
- (5) 본인에게 제공되는 의료 서비스 및 의약품에 대한 비용을 지불할 의무가 있는 보험회사

(6) 본인에게 제공되는 의료 서비스 및 의약품에 대한 비용 결제를 처리하는 기타 제 3 자

귀하는 체크인 과정에서 다음을 이행해야 합니다.

본 개인정보 보호 정책에 관한 통지를 받았음을 확인합니다.

“예”를 선택하여 동의 의사를 표시합니다. “아니요”를 선택하면 동의 의사를 표시하지 않는 것입니다.