

## 뉴욕시 보건 및 정신위생부 개인정보보호 관행 고지

2021년 7월 20일 발효

본 고지는 귀하에 대한 의료 정보의 사용과 공개 방식 및 귀하가 해당 정보에 접근할 수 있는 방식을 설명합니다. 유의하여 검토하시기 바랍니다.

질문이 있으면 클리닉 디렉터나 기관의 의료 서비스 관리자에게 문의하시기 바랍니다. 또한 뉴욕시 보건부 및 정신위생부(NYC 보건부)의 최고개인정보보호책임자에게 347-396-6007번으로 전화하거나 [PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov)로 이메일하시기 바랍니다.

보호대상 개인건강정보(protected health information, PHI)는 구두로나 서면으로, 전자적으로 공유되는 개인의 건강 정보입니다. 귀하에 관한 일반 정보(나이, 주소, 이메일 등)와 신체나 정신 건강에 관한 정보를 포함합니다. PHI는 귀하가 받은 의료 서비스에 관한 정보와 서비스 결제 관련 정보도 포함합니다. NYC 보건부는 모든 관련 법률과 규칙, 규정을 준수하여 PHI의 프라이버시를 보호합니다.

본 고지는 1996년 제정된 건강보험 이전과 책임에 관한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA)의 일부로 귀하에게 제공됩니다. 본 고지는 NYC 보건부가 귀하의 PHI를 어떻게 사용하고 공개(또는 공유)할 수 있는지와 그것이 어떻게 보호되는지를 요약하여 설명합니다. 또한 귀하 PHI의 사용과 공유 시 귀하의 권리와 NYC 보건부의 책임을 설명합니다.

### 본 고지의 대상

NYC 보건부는 HIPAA에 의거 "하이브리드 기관"으로 간주되는데, 그 이유는 보건의료 서비스와 공중보건 서비스를 제공하기 때문입니다. 보건의료 서비스는 HIPAA가 적용되지만, 공중보건 서비스는 그렇지 않습니다.

본 고지는 HIPAA가 적용되는 보건의료 서비스를 대상으로 합니다. 본 고지에 명시된 책임은 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있는 권한이 있는 모든 NYC 보건부 직원에게 적용됩니다.

### NYC 보건부 책임

법률에 의거 NYC 보건부 클리닉의 책임은 다음과 같습니다.

- 귀하 PHI의 프라이버시와 보안을 유지합니다
- 귀하의 PHI를 사용하고 공유할 때 보건부의 법적 책임과 개인정보보호 관행에 관해 귀하에게 알립니다

### 개인정보보호법

연방, 주, 시의 개인정보보호법 일부는 PHI의 사용과 공유를 보다 엄격하게 다룹니다. 이런 법률은 물질남용 치료, HIV/AIDS 검사와 치료, 성매개 감염 검사와 치료, 정신 건강 치료에 적용됩니다. NYC 보건부의 정책들과 본 고지는 그런 법률을 준수합니다.

### NYC 보건부가 귀하의 PHI를 사용하고 공유하는 방식

### NYC 보건부가 귀하의 PHI를 반드시 사용해야 하는 경우

법률에 의거 NYC 보건부는 귀하의 PHI를 반드시 귀하와 공유해야 합니다. 단, 의료 서비스 전문가가 그렇게 하면 귀하의 건강에 해가 될 수 있다고 말하는 경우는 제외됩니다.

또한 NYC 보건부가 귀하의 PHI 보호 법률을 잘 준수하고 있는지 조사가 이뤄지는 과정에서 요구가 있는 경우 해당 PHI를 미국 보건복지부 장관과 반드시 공유해야 합니다.

### 치료

NYC 보건부는 귀하에게 필요한 치료나 서비스를 제공할 목적으로 의료 서비스 제공자의 권고사항을 비롯해 귀하의 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다.

### 납부

귀하에게 이뤄진 치료와 서비스 비용을 청구하고 받을 수 있도록 필요에 따라 귀하의 PHI가 사용됩니다. NYC 보건부는 납부 승인을 목적으로 귀하의 치료 정보를 건강 보험 회사(메디케이드 포함)나 관리 의료 조직과 공유할 수 있습니다.

### 의료 서비스 활동

NYC 보건부는 정기적으로 의료 서비스 활동을 수행할 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다. 의료 서비스 직원은 귀하의 PHI를 사용하여 의료 서비스를 검토하고 그로 인한 결과를 다른 결과와 비교할 수 있습니다. 예를 들어, 교육이나 위험 관리, 보건부 클리닉이 제공하는 의료와 서비스 품질 및 효과를 개선하려는 목적으로 귀하의 PHI를 검토할 수 있습니다.

NYC 보건부는 귀하의 PHI를 청구 등 보건부에게 서비스를 제공하는 제3자 사업체의 직원과 공유합니다. 사업체 직원도 귀하의 PHI를 보호해야 할 의무가 있습니다.

NYC 보건부는 귀하의 신원을 밝히지 않은 상태에서 보건의료와 서비스 연구에 PHI를 사용할 수 있도록 개인 정보를 삭제할 수 있습니다.

### 예약 알림

NYC 보건부는 예약 알림을 발송할 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다. 그런 알림에는 귀하의 의료 서비스 방문 목적이 공개되지 않습니다.

### 연방, 주, 시 요건

NYC 보건부는 연방이나 주, 시 법률이나 규칙, 규정에서 요구할 때만 귀하의 PHI를 공유합니다.

### 공중보건 활동

NYC 보건부는 공중보건 감시 또는 질병이나 부상, 장애를 예방하거나 통제할 목적으로 귀하의 PHI를 법적으로 받을 권한이 있는 공중보건 기관과만 그 정보를 공유할 수 있습니다. 여기에는 질병이나 출생, 사망 신고서가 포함됩니다.

### 아동 학대

NYC 보건부는 귀하의 PHI를 아동 학대 신고서를 법적으로 받을 수 있는 정부당국과만 공유할 수 있습니다.

## 보건 감독

NYC 보건부는 의료 서비스 시스템과 정부 혜택 프로그램, 기타 정부 규제 프로그램과 시민 평등 법률을 모니터링하는 법적 활동(감사, 조사, 검사, 면허 교부 등)을 목적으로 귀하의 PHI를 보건 감독 기관과 공유할 수 있습니다.

## 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)

NYC 보건부는 다음을 목적으로 FDA에서 요구하는 개인이나 회사와 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다.

- 제품 결함이나 음성 반응, 이슈 보고
- 생물학적 제품 변경의 보고
- 제품 추적
- 제품 리콜
- 수리나 교체
- 마케팅 후 감시 실시

## 소송 절차

NYC 보건부는 귀하가 법적 소송이나 기타 법적 분쟁에 관여되어 있는 경우 일체의 법원 명령이나 행정 명령에 대응하기 위해 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다. 또한 소환장이나 증거조사(discovery) 요구서, 분쟁에 관여된 타인이 제기한 기타 법적 절차에 대응하기 위해 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다. 단, 귀하가 해당 요구와 관련하여 연락을 받은 경우에만 그렇게 합니다.

## 법 집행

NYC 보건부는 다음을 목적으로 법 집행관이 요구하는 경우 PHI를 공유할 수 있습니다.

- 법원 명령, 소환, 호출, 유사 절차에 대한 대응
- 용의자, 탈주자, 증인, 실종자 파악이나 발견
- 범죄를 경험한 사람의 동의를 얻을 수 없을 때 그 사람을 파악
- 범죄로 인해 발생했다고 여겨지는 사망을 파악
- 보건부 클리닉에서 발생한 범죄를 파악
- 비상시 범죄를 신고하거나 다음을 파악:
  - 범죄 발생 장소나 범죄를 경험한 사람을 발견할 수 있는 곳
  - 범죄를 저지른 사람이나 그 사람을 찾을 수 있는 곳

## 검시관과 장례 디렉터, 장기 기증

NYC 보건부는 사망자를 식별하거나 사망 원인을 파악하려는 목적으로 귀하의 PHI를 검시관이나 검시의와 공유할 수 있습니다. 또한 법률이 허용하는 선에서 장례 디렉터의 업무 진행을 도울 목적으로 PHI를 공개할 수 있습니다. PHI는 장기 기증을 목적으로 사용되고 공유될 수도 있습니다.

## 연구

NYC 보건부는 때때로 연구를 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유할 수 있습니다. 해당 연구는 반드시 우선적으로 NYC 보건부 기관감사위원회의 승인을 얻어야 하며 모든 관련 법률과 규칙, 규정을 준수해야 합니다.

## 부모의 정보 접근

일부 주 법률에서는 부모와 법정 후견인과 공유할 수 있는 PHI가 어떤 것인지 설명하고 있습니다. NYC 보건부는 모든 관련 법률을 준수합니다.

## 산재 보상

NYC 보건부는 업무 관련 부상이나 질병에 혜택을 제공하는 모든 산재 보상 법률이나 유사한 프로그램을 준수하는 목적으로 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다.

## 범죄 활동

NYC 보건부는 일부 연방 및 주 법률에 의거 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하면 대중이나 개인의 건강이나 안전에 가해지는 심각하고 임박한 위협을 예방하거나 완화한다고 믿는 경우 해당 정보를 공유할 수 있습니다. 또한 법 집행당국이 누군가를 파악하거나 체포하는 데 도움이 필요하면 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

## 수감자

NYC 보건부는 수감자와 타인의 건강과 안전에 필요하다면 수감자의 PHI를 교정 시설이나 그 직원과 공유할 수 있습니다.

## 군 활동과 재향 군인

귀하가 군인인 경우 NYC 보건부는 군 명령당국의 요구에 따라 귀하의 PHI를 공유할 수 있습니다. 또한 외국 군 인력에 대한 PHI를 해당 외국 군당국과 공유할 수도 있습니다.

## 국가 안보와 기밀

NYC 보건부는 법률에 따라 기밀, 방첩, 기타 국가 안보 활동을 목적으로 귀하의 PHI를 권한이 있는 연방 담당관과 공유할 수 있습니다. 연방 담당관이 특별 조사를 수행하거나 대통령, 기타 권한이 있는 사람, 외국 정상을 보호하는 목적으로 귀하의 PHI를 공유할 수도 있습니다.

## 귀하의 의료 서비스에 관여하는 사람들

귀하가 불허하지 않는 한, NYC 보건부는 귀하의 가족이나 개인적 대리인에게 귀하의 위치와 건강 상태를 알리는 목적으로 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 귀하가 그 자리에 함께 있는 경우 PHI의 사용이나 공유를 불허할 수 있습니다. 귀하가 결정할 수 없거나 응급 상황에 있다면 귀하에게 최선이라고 판단하는 경우 PHI를 공유할 수 있습니다.

## PHI에 관한 귀하의 권리

귀하의 건강 기록이 NYC 보건부의 재산이기는 하나 그 정보는 귀하의 것입니다. 다음은 PHI에 관한 귀하의 권리입니다. 귀하는 다음 중 어떤 것이든 클리닉 디렉터나 의료 서비스 관리자, 그의 피지정인에게 서면으로 요구할 수 있습니다.

**검사하고 사본을 받을 권리:** 귀하의 PHI는 "지정된 기록 세트"에 보관되며 귀하의 의료 서비스에 관한 의사 결정에 사용될 수 있습니다. 지정된 기록 세트에는 일반적으로 의료와 청구 기록이 포함됩니다. NYC 보건부가 해당 정보를 보유하고 있는 한 귀하는 이를 검토하고 받아볼 권리가 있습니다. 본 권리는 다음에는 해당되지 않습니다.

- 심리 치료 기록
- 민사, 형사, 행정 조치나 소송 절차에 사용되거나 사용될 가능성으로 모은 정보

- 법률에 의거 접근이 금지된 PHI

NYC 보건부는 특정 상황에서는 건강 정보의 검토와 입수에 대한 귀하의 요구를 거부할 수 있습니다. 귀하의 건강 정보에 접근이 거부된 경우 최고개인정보보호책임자에게 연락하여 해당 거부 건의 검토를 요구할 수 있습니다.

**수정을 요구할 권리:** 귀하에 관해 보건부가 보유하고 있는 정보가 틀리거나 불완전하다고 생각하는 경우 해당 정보의 수정(변경 또는 추가)을 요청할 수 있습니다. NYC 보건부가 귀하의 건강 정보를 보유하고 있는 한 귀하는 수정을 요구할 권리가 있습니다. NYC 보건부는 귀하의 요구가 서면으로 이뤄지지 않거나 타당한 이유가 없는 한 이를 거부할 수 있습니다. 또한 귀하가 다음에 해당하는 정보를 수정할 것을 요청하는 경우 거부할 수 있습니다.

- NYC 보건부가 생성하지 않은 것. 단 해당 정보를 생성한 개인이나 조직이 수정할 수 없는 경우는 제외
- NYC 보건부가 보유하고 있거나 부서의 목적에 따라 보유하고 있는 건강 정보의 일부가 아닌 것
- 귀하가 검토하고 수령할 수 있도록 허가된 정보의 일부가 아닌 것
- 정확하고 완전한 것

**침해 고지를 받을 권리:** NYC 보건부는 귀하의 정보의 프라이버시나 보안이 영향을 받으면 반드시 신속하게 귀하에게 알려야 합니다.

**공개 설명에 대한 권리:** 공개 설명은 귀하의 PHI를 공유한 사람과 조직의 목록입니다. 이 목록에는 본 고지에 설명된 대로 치료나 납부, 의료 서비스 목적으로 이뤄진 공개나 기타 특정 공개(귀하가 요청한 경우 등)가 포함되지 않습니다. 귀하는 요청일로부터 최대 6년 전까지 PHI에 대한 공개 설명을 받을 권리가 있습니다.

**제한을 요구할 권리:** 귀하는 보건부가 치료나 납부, 의료 서비스를 목적으로 사용하거나 공유하는 귀하의 PHI를 제한하여(또는 한도를 지정하여) 사용하거나 공유할 것을 요구할 권리가 있습니다. 또한 귀하는 보건부가 귀하의 PHI를 의료 서비스나 관련 납부에 관여하는 사람과 공유할 때 한도를 지정할 것을 요구할 권리가 있습니다. 보건부가 귀하의 요구에 동의해야 할 필요는 없습니다.

전적으로 귀하의 돈으로 서비스나 의료 서비스를 결제하는 경우라면 결제나 의료 서비스를 목적으로는 귀하의 정보를 건강 보험 회사와 공유하지 않도록 보건부에 요청할 수 있습니다. 보건부는 법적으로 해당 정보를 공유해야 하는 경우가 아니라면 그런 요청에 동의할 것입니다.

**교신의 기밀성을 요구할 권리:** 귀하는 자신의 프라이버시를 보호하는 목적으로 대체 수단이나 대체 장소로 연락하도록 요구할 수 있습니다. 예를 들어 귀하의 직장으로 연락하거나 우편으로 연락하도록 요청할 수 있습니다. 또한 우편으로 정보 발송 시 엽서가 아니라 밀봉된 봉투 형식으로 발송할 것을 요청할 수 있습니다.

개인적으로 연락을 받고 싶으시면 클리닉 디렉터나 그의 피지정인에게 서면으로 요구하시기 바랍니다. 그런 요구 시 반드시 어떻게 혹은 어디로 연락 받기 원하는지 명시해야 합니다. 두 곳 이상에서 서비스를 받은 경우라면 반드시 각 클리닉에 개별적으로 요구해야 합니다.

**귀하를 대신할 사람을 선택할 권리:** 귀하에게서 의료적으로 권한을 위임(귀하가 할 수 없는 경우 의료 서비스와 관련하여 귀하를 위해 누군가에게 부여된 의사 결정 능력) 받은 사람이나 법정 후견인은 귀하를 대신해 PHI와 관련하여 선택할 수 있습니다.

**본 고지 사본을 받을 권리:** 귀하는 언제든지 본 고지의 사본을 요구할 수 있습니다. 클리닉 디렉터나 의료 서비스 관리자, 최고개인정보보호책임자에게 347-396-6007번으로 연락하시기 바랍니다.

### PHI 사용 승인

HIPAA에 의거 보건부는 다음을 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있도록 서면으로 허가 받아야 합니다.

- 마케팅 목적
- 귀하의 정보 판매(귀하의 PHI를 판매하지 않는 것이 NYC 보건부의 정책입니다)
- 심리 치료 기록 공개의 대부분

NYC 보건부는 본 고지에서 다루지 않는 이유나 보건부에 적용되는 법률에 의거 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 목적으로 귀하의 서면 허가를 요구합니다. 귀하가 PHI의 사용이나 공유를 허가하더라도 언제든지 서면으로 이를 취소할 수 있습니다. 취소하는 경우 NYC 보건부는 서면 허가에 나열된 이유로 귀하의 PHI를 더 이상 사용하거나 공유하지 않습니다. 귀하의 허가를 얻은 후 이뤄진 공개는 철회할 수 없으며, 보건부는 그것을 유지해야 합니다.

### 본 고지의 변경

보건부는 개인정보보호 관행과 본 고지를 변경할 수 있습니다. 또한 보유 중인 모든 PHI 및 향후 받을 수 있는 모든 정보에 본 고지의 변경 사항을 적용할 수 있습니다.

보건부의 모든 클리닉에 현 고지의 사본을 게시합니다. 본 고지 첫 페이지의 상단 중앙과 마지막 페이지 하단 우측에 발효일(고지를 사용하기 시작한 때)이 표시됩니다. 고지가 업데이트될 때마다 현 고지의 사본을 받아 볼 수도 있습니다. 또한 언제든지 고지 사본을 요구할 수 있으며 [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health)에서 "HIPAA"로 검색하시면 가장 최신 고지를 확인할 수 있습니다.

### 불만 제기

귀하의 프라이버시가 침해됐다고 생각하면 미국 보건복지부 장관이나 NYC 보건부 최고개인정보보호책임자에게 다음 주소로 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기해도 처벌 받지 않습니다.

- 이메일을 통해 [PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov)로 불만을 제기하셔도 됩니다.
- 우편으로 불만 제기:
  - NYC Department of Health and Mental Hygiene's Chief Privacy Officer at Gotham Center  
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30 Queens, NY 11101

### 개인정보보호 관행 고지 수령 인정서

나는 본 양식에 서명하고 날짜를 기입하는 일로 뉴욕시 보건 및 정신위생부의 개인정보보호 관행 고지 사본을 수령했음을 인정합니다.

환자 이름(정자체 기입)	
환자 서명	날짜

환자를 대신해 본 양식을 기입하는 개인 대리인인 경우 아래 이름을 정자체로 기입하십시오.

개인 대리인 이름(정자체 기입)	
개인 대리인 서명	날짜

공무용
<input type="checkbox"/> 환자 서명 거절 <input type="checkbox"/> 환자 서명 불가  NYC 보건부 직원 이니셜: _____ 날짜: _____