NYU Langone Health
개인정보 보호 지침 고지

본 안내서는 귀하의 의료 정보를 사용/공개하는 방법과 해당 정보에 접근할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 읽어주시기 바랍니다.

당사는 개인정보를 철저하게 보호합니다

NYU Langone Health 는 개인의 건강정보 보호와 비밀보장에 최선을 다하고 있습니다. 귀하의 건강정보를 본 고지에서 설명하는 바에 따라 사용 또는 공개(공유)할 것입니다. 귀하는 본 고지의 수령 확인서에 서명해 주시기 바랍니다.

본 고지의 적용 대상자

본 고지는 NYU Langone Health 의 모든 직원, 의료진, 연수생, 학생, 자원자, 대리인이 하기의 현장에서 준수해야 하는 공통 요건입니다.

- NYU Langone Hospitals(NYU Langone Health Home Care 포함)
- NYU School of Medicine(본원의 Faculty Group Practices 포함)
- NYU Langone Health 의 가정보건센터(Family Health Centers)
- 사우스웨스트 브루클린 치과 진료(Southwest Brooklyn Dental Practice)

NYU Langone Hospitals 및 NYU Grossman School of Medicine 은 다음 기관과 함께 체계적 보건의료 협약(Organized Health Care Arrangement, “OHCA”)을 체결하였습니다.

- NYU Langone Health 의 가정보건센터(Family Health Centers)
- 사우스웨스트 브루클린 치과 진료(Southwest Brooklyn Dental Practice)
- 롱아일랜드 커뮤니티 병원(Long Island Community Hospital, “LICH”)

OHCA 참여 기관들은 본 협약과 관련된 치료, 지급, 건강관리를 목적으로 상호간에 귀하의 정보를 사용하고 공유할 수 있습니다.

NYU Langone Health 의 의료 서비스 전문가가 그 외 기관(예: Manhattan VA Medical Center 또는 Bellevue Hospital Center)에서 치료 또는 서비스를 제공하는 경우, 해당 기관의 개인정보 보호 관행 고지(Notice of Privacy Practices)를 적용하게 됩니다.

귀하 정보의 사용 및 공유

본 고지에서는 귀하의 정보를 사용하고 공유하는 방식에 관하여 설명합니다. 본원은 주로 전화를 통해 귀하에게 연락을 드릴 것입니다. 다만 귀하가 이메일 주소를 미리 통보하거나 문자 메시지 수신에 동의한 경우 이메일 또는 메시지로 연락을 드릴 수도 있습니다. 문자 메시지 및 이메일의 내용은 보안 또는 암호화가 되어 있지 않을 수 있으므로 유의하여 주시기 바랍니다. 휴대폰 번호 또는 이메일 주소를 제공함으로써 귀하는 NYU Langone Health 에서 해당 방식으로 귀하와 소통할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다.

귀하의 정보는 주로 치료, 지급, 의료 서비스 운영을 목적으로 사용 및 공유하게 됩니다. 상세히는 다음과 같습니다.

- 귀하를 치료하는 그 외 의료 서비스 제공자 또는 처방약을 조제하는 약사와 공유합니다.
- 의료 서비스 비용을 부과하거나 또는 치료를 위한 사전 승인을 받기 위해 귀하의 의료보험사와 공유합니다.
- 본원의 운영, 귀하의 의료 서비스 개선, 전문가의 교육, 의료 서비스 제공자의 성과 평가를 목적으로 공유합니다.

본원은 결제 서비스 등 운영에 필요한 협력업체와 정보를 공유할 수 있습니다. 협력업체는 본원과 동일한 수준으로 귀하의 건강정보를 보호하고 보안을 유지해야 합니다.

또한 본원은 다음과 같은 내용을 귀하에게 알리기 위해 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다.

- 건강 관련 혜택 또는 서비스 알림
- 향후 예약 알림
- 연구 프로젝트 참여 의사 타진
- NYU Langone Health 기금 모금 관련 사항

귀하는 기금 모금 통지의 수신을 거부할 권리가 있습니다. 수신 거부를 원하는 경우 developmentoffice@nyulangone.org 로 이메일을 보내거나 전화(212-404-3640) 또는 수신자 부담전화(1-844-651-4036)로 NYU Langone Health 개발실(NYU Langone Health Development Office)에 요청하여 주시기 바랍니다.

참여 가능한 연구 프로젝트 관련 알림의 수신을 원치 않는 경우 research-contact-optout@nyulangone.org 또는 1-855-777-7858 번으로 거부 의사를 밝혀주시기 바랍니다.

민감한 건강정보의 사용 또는 공유 시에는 특별 보호 조치를 적용합니다. 민감한 정보로는 HIV 관련 정보, 정신건강 정보, 알코올 또는 약물 남용 치료 정보, 유전 정보 등을 들 수 있습니다. 일례로 뉴욕주 법에 따른 비공개 대상인 HIV 관련 정보는 법률이 허용하는 자 또는 귀하가 특정한 승인 양식에 서명하여 허용한 자에게만 공개할수 있습니다. 해당 정보가 귀하의 치료와 연관이 있는 경우, 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 추가 설명을 요청할 수 있습니다.

본원은 그 외의 방식으로도 귀하의 정보를 공유할 수 있으며, 법에서 공유를 의무화하는 경우도 있습니다. 본원은 법률이 규정하는 특정 조건을 충족하는 경우 하기의 사유로 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 일부 예시는 다음과 같습니다.

- 공중 보건 및 안전:
  - 질병, 출생 또는 사망- 학대, 방치 또는 가정폭력이 의심되는 경우
  - 공중보건 또는 공공의 안전에 중대한 위협이 될 수 있는 경우
  - 제품 회수 모니터링- 안전성 및 품질 관련 정보 보고
- 연구:

- 기관생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받고 귀하의 개인정보를 침해할 가능성이 낮은 건강 기록 프로젝트의 분석
- 임상시험 준비- 사망자의 정보만을 사용하는 연구

- 사법 및 행정 소송- 법원 또는 행정 명령에 대한 대응
- 산재보험 및 기타 정부기관의요청:
  - 산재보험 청구 지급 또는 심의
  - 법률이 승인하는 활동에 관련된 보건감독기관- 특별 정부 기능(군대, 국가 안보)
- 법 집행: 혐의자 또는 실종자의 확인 또는 수색을 위해 경찰에 협력
- 법률 준수: 본원의 연방 개인정보보호법 준수 여부 파악을 위해 보건복지부 (Department of Health and Human Services)에 협조
- 재난 구조 상황: 긴급 상황 시 귀하의 가족, 친지, 법이 인가하는 기관에 통고하기 위한 목적으로 귀하의 위치를 공유
- 장기, 조직, 안구 기증 또는 이식 담당 기관
- 검시관, 검시 의사, 또는 장의사의 필요에 따른 업무 수행 시
- 부수적 사용: 귀하의 차례가 되었을 때 대기실에서 귀하를 호명함으로써 대기실의 제삼자가 귀하의 성명을 들을 수 있습니다. 본원은 합리적인 수준의 배려로 부수적 사용을 가급적 제한할 것입니다.

하기의 상황에서 본원은 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다. 단 귀하가 이의를 제기하거나 구체적으로 지명하는 경우에는 예외로 합니다. 본원에 귀하의 의사를 밝힐 수 없는 경우, 예를 들어 무의식 상태인 경우, 본원의 재량으로 최선의 선택이라 판단하면 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 경우, 그것이 귀하에게 최선의 이익이라고 본 병원이 판단되면 본 병원은 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

- 사제 또는 랍비 등 본원의 목회부를 포함하는 환자 명부 등재를 위한 공유.
- 귀하의 가족, 친지 또는 귀하의 치료 또는 의료비 지급에 관여하는 제삼자와의 공유.

하기의 경우 본원은 귀하의 서면 동의가 있을 때만 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다.

- 마케팅 목적
- 정보의 판매 또는 제삼자의 결제
- 대부분의 정신과 소견서
- 본서에 명시하지 않은 그 외 일체의 이유

귀하는 개인정보 보호담당자(Privacy Officer)를 통해 허가 또는 동의를 취소(철회)할 수 있으나, 본원이 이미 귀하의 허가 또는 동의에 근거하여 업무를 처리한 경우에는 예외로 합니다.

귀하의 권리

귀하는 본인의 건강정보에 관하여 후술하는 권리를 가지게 됩니다. 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 청구서 등 의료기록의 사본 또는 전자파일을 열람하거나 수령하는 것이 가능합니다. 기록에 관련하여 합리적인 수준의 비용 기반 요금을 부과할 수 있습니다. 업무에 지연이 있을 경우 통보해 드립니다. 본 병원의 보안 환자 포털 NYU Langone Health MyChart(https://mychart.nyulmc.org/)에서 직접 건강정보를 열람할 수 있습니다.
- 비공개 통신문을 요청할 수 있습니다. 본원이 귀하에게 연락하고자 할 때 특정한 방법(예: 휴대폰)을 쓰도록 요청할 수 있습니다. 본원은 합리적인 수준의 요청일 경우 예외없이 수락합니다.
- 귀하의 치료, 지급, 의료 서비스 운영을 목적으로 본원이 사용 또는 공유하는 정보를 제한하도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 요청에 동의할 의무는 없으나 긍정적으로 검토하도록 하겠습니다. 귀하가 서비스 요금 전액을 직접 부담하고 보험회사와 해당 정보를 공유하지 않도록 요청하는 경우 본원은 기본적으로 귀하의 요청에 동의할 것입니다. 다만 법률이 정보 공유를 의무화하고 있는 경우에는 예외로 합니다.
- 의료 기록이 부정확하거나 불완전한 경우 정정을 요청할 수 있습니다. 본원은 사유에 따라 귀하의 요청을 거부할 수 있으며, 그 경우 60 일 이내로 사유를 서면으로 통보합니다.
- 본원이 정보를 공유한 기관의 목록을 받을 수 있습니다. 본원이 귀하의 요청 시점으로부터 소급하여 6 년간 귀하의 정보를 공유한 내역의 목록과 공유 이유에 대한 해명을 요청할 수 있습니다. 목록이 공개를 모두 포함하지는 않습니다. 예를 들어 치료, 지급 또는 의료 서비스 운영을 위해 공개한 정보는 예외로 합니다. 귀하는 12 개월마다 한 번씩 해당 목록을 무료로 받을 수 있습니다. 단 해당 기간 동안 추가 목록의 제공을 요청받는 경우 본원이 비용을 청구할 수 있으므로 유의하여 주시기 바랍니다.
- 본 개인정보 보호 고지의 사본을 받을 수 있습니다. 요청에 따라 귀하가 희망하는 형식(종이 또는 전자)으로 사본을 전달해 드리겠습니다.
- 또한 귀하의 대리인을 선정하실 수 있습니다. “대리인”은 귀하를 대리하여 권리를 행사하고 귀하의 건강정보에 관련한 의사결정을 내릴 수 있습니다. 일반적으로 아동의 경우에는 부모 또는 법정후견인이 대리인이 되나, 법률이 미성년자의 권리 행사를 인정하는 경우에는 예외로 합니다.
- 귀하의 권리 침해가 의심되는 경우 민원을 제기할 수 있습니다. 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer) 또는 미국 보건복지부 장관(Secretary of the United States Department of Health and Human Services)에게 문의하여 주십시오. 본원은 민원 제기를 이유로 귀하에게 불이익을 주거나 법적 조치를 취하지 않습니다.
- 전자 의료기록에 관하여 추가적인 개인정보 보호를 요청할 수 있습니다.

본원의 책임

- 본원은 법률이 규정하는 건강정보를 보호해야 할 의무가 있습니다.
- 귀하의 신원을 확인할 수 있는 정보의 보호 또는 보안에 중대한 영향을 미칠 수 있는 위반사항이 있는 경우 귀하에게 해당 취지를 통보합니다.

NYU Langone Health
개인정보 보호 지침 고지

- 본원은 본 고지가 명시하는 방침을 준수하고, 고지의 사본을 귀하에게 전달해야 합니다.
- 본원은 본 고지의 내용을 자체 재량으로 변경할 수 있으며 변경사항은 본원이 보유하고 있는 귀하의 정보 일체에 적용됩니다. 개정판은 요청 시 송부해 드리며, 본원의 웹사이트(www.nyulangone.org)에서도 열람하실 수 있습니다.

질문 또는 우려사항

궁금하신 점이 있거나 본 고지가 명시하는 권리의 행사를 희망하는 경우 다음의 연락처로 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 문의하시기 바랍니다. One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, 연락처: 개인정보보호 담당자(Privacy Officer) 전화번호: 1-877-PHI-LOSS 또는 212-404-4079 이메일: compliancehelp@nyulangone.org

권리 행사를 희망하는 경우 원칙적으로 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)나 해당 의사 진료실 또는 병원 부서에 서면으로 요청을 제출해야 합니다. 자세한 정보 또는 요청 양식에 관해서는 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 문의하거나 http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy 를 참조하실 수 있습니다.

본 고지는 2024 년 1 월 3 일부터 유효합니다.

NYU Langone Health
개인정보 보호 지침 고지

개인정보 보호 지침 고지 확인서

본인은 이 양식에 서명함으로써 NYU Langone Health 의 개인정보 보호 지침 고지 사본을 수령했음을 확인합니다.

환자 이름: _____

서명: _____ **날짜:** _____

대리인 이름(해당하는 경우): _____

대리인 권한(예: 부모, 후견인, 의료서비스 대리인):

_____

발효일: 2024 년 1 월 3 일.