

개인 정보 보호 관행 통지서

어떻게 의료 정보를 설명 하는이 통지에 대 한 사용 되 고 공개 될 수 있습니다 및 당신이 어떻게이 정보에 대 한 액세스를 얻을 수. 신중 하게 검토 하십시오.

요청 시이 고 지의 종이 사본을 얻기 위해 권리가 있습니다.

환자 건강 정보

연방 법률, 환자 건강 정보 보호 및 기밀입니다. 환자 건강 정보는 당신의 증상, 테스트 결과, 진단, 치료, 및 관련된 의료 정보에 대 한 정보가 포함 됩니다. 귀하의 건강 정보를 또한 지불, 결제, 및 보험 정보를 포함 한다.

우리가 어떻게 당신의 환자의 건강 정보를 사용 하여

우리는 지불을 얻기 위해 치료와 관리 목적 및 받은 치료의 품질의 평가 포함 한 의료 작업에 대 한 당신에 대 한 건강 정보를 사용 합니다. 상황에 따라 우리를 사용 하거나 귀하의 허락 없이 정보 공개 필요할 수 있습니다.

치료, 지불, 및 건강 관리 작업의 예

치료: 우리가 사용 하 고 치료 또는 서비스를 제공 하기 위해 귀하의 건강 정보를 공개할 것입니다. 예를 들어 간호사, 의사, 및 치료 팀의 다른 구성원이 정보 레코드에 기록 되며 치료의 가장 적절 한 코스를 결정 하. 우리는 또한 당신의 치료에 참여 하는 다른 의료 서비스 공급자, 약사를 당신의 처방전을 작성 하 고 당신의 관리와 함께 돕고 가족 구성원 정보를 공개할 수 있습니다.

지불: 우리가 사용 하 고 지불 목적에 대 한 귀하의 건강 정보를 공개할 것입니다. 예를 들어 우리는 보험 회사에서 특정 유형의 치료를 제공 하기 전에 인증을 얻을 해야 합니다. 우리가 청구서를 제출 하 고 건강 보험에서 지불의 기록을 유지.

건강 관리 작업: 우리가 사용 하 고 기록, 치료의 품질 평가의 적절 한 관리를 포함 한 우리의 표준 내부 작업을 수행 하 고 관심과 그것 같이 당신의 케이스 등의 결과 평가 하기 위해 귀하의 건강 정보를 공개할 것입니다.

특별 한 용도

우리 약속 알림 연락을 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다. 우리 또한 치료 대안에 대 한 정보 또는 다른 건강 관련 혜택 및 서비스를 당신에 게 관심이 있을 제공 하기 위해 연락 수 있습니다.

다른 용도 및 공개

우리가 사용 하거나 귀하의 동의 없이 다른 이유로 당신에 대 한 식별 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 특정 요구 사항에 따라 우리는 다음과 같은 목적에 대 한 귀하의 허락 없이 건강 정보를 알려주지 수 있습니다.

- 법에 의해 요구: 우리 보고서 총 상 상처, 남용 또는 태만, 또는 유사한 부상과 이벤트 의심 법에 의해 필요할 수 있습니다.
- 공중 보건 활동: 법에 의해 필요에 따라 중요한 통계, 질병, 위험한 제품의 회수와 관련 된 정보 및 공중 보건 당국에 유사한 정보를 공개할 수 있습니다.
- 건강 감독: 우리는 조사 및 감사, 정부 프로그램, 그리고 유사한 활동에 대 한 자격을 지원 하기 위해 정보를 공개 하는 데 필요한 수 있습니다.
- 사법 및 행정 절차: 우리는 적절 한 소환장 또는 법원 명령에 대 한 응답에서 정보를 공개할 수 있습니다.

(역에 계속)

- **법 집행 목적:** 특정 제한에 따라 사법 당국에 의해 필요한 정보를 공개할 수 있습니다.
- **사망:** 우리 검, 의료 심사 관, 장례식 감독, 그리고 장기 기증 기관에 죽음에 관한 정보를 보고할 수 있습니다.
- **건강 또는 안전에 심각한 위험:** 사용 하고 경우에 건강 및 안전 또는 건강 및 공중 또는 다른의 안전에 심각한 위험을 방지 하기 위해 필요한 정보를 공개할 수 있습니다 사람.
- **군사 및 특별한 정부 기능:** 무장 세력의 일원이 인 경우 우리 군사 명령 권위에 의해 필요에 따라 정보를 공개할 수 있습니다. 우리는 또한 교정 기관 또는 국가 안보 목적에 대한 정보를 공개할 수 있습니다.
- **연구:** 를 사용 하거나 승인 된 의료 연구에 대한 정보를 공개할 수 있습니다.
- **노동자 보상:** 우리 노동자 보상 또는 업무상 부상 또는 질병에 대한 혜택을 제공 하는 유사한 프로그램에 대한 당신에 대한 정보를 공개할 수 있습니다.

다른 상황에서 우리는 사용 하거나 당신에 대한 어떤 증명할 수 있는 건강 정보를 공개 하기 전에 귀하의 서 면된 승인에 대한 물어볼 것입니다. 정보 공개를 승인에 서명 하려는 경우 나중에 어떤 미래 사용 및 공개를 막으려고 그 권한을 취소할 수 있습니다.

개인의 권리

당신은 귀하의 건강 정보에 관한 다음과 같은 권리. 이러한 권리를 행사에 대한 적절한 형태를 아래에 나열 된 사람을 문의 하시기 바랍니다.

요청 제한: Request를 수 t 제한 특정 사용 및 귀하의 건강 정보 공개에. 우리, 제한에 동의 하지 않아도 됩니다만, 우리가 동의 할 경우 우리가 그 제한을 준수 해야 합니다.

기밀 통신: 특별한 주소로 통지를 보내거나 약속 드리고 엽서를 사용 하지 않는 당신은 예를 들어 의해 기밀로 당신과 함께 의사 소통을 우리를 요청할 수 있습니다.

검사 하고 복사본을 구하십시오: 대부분의 경우, 보고 또는의 사본의 얻을 권리를 당신은 당신의

건강 정보입니다. 복사본에 대한 작은 요금이 있을 수 있습니다.

정보 수정: 정보 레코드에 올바르지 않은 경우, 또는 우리가 기존 정보를 수정 하거나 누락 된 정보를 추가 요청할 수 권리가 중요 한 정보가 없으면 믿을 경우.

공개회 회계: 우리가 치료, 지불, 또는 건강 관리 작업 이외의 이유로 당신에 대한 건강 정보를 공개 해야 하는 인스턴스 목록을 요청할 수 있습니다.

우리의 법적 의무

우리가 우리의 법적 의무 및 보호 건강 정보에 관한 개인 정보 보호 관행에 대한 통지를 제공 하고 효과에 현재 통지의 약관 준수를 보호 하고 유지 하는 귀하의 건강 정보, 개인 정보 보호 법률에 의해 필요 합니다.

개인 정보 보호 관행에 변화

우리는 언제 든 지 우리의 정책을 변경할 수 있습니다. 전에 우리가 우리의 정책에 중요 한 변화를 만들, 우리가 우리의 통지를 변경 하고 대기 공간 및 각 검사실에서 새로운 공지. 또한 언제 든 지 우리의 통지의 사본을 요청할 수 있습니다. 우리의 개인 정보 보호 관행에 대한 자세한 내용은 아래에 나열 된 사람이 문의.

불만

당신은 우리가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 위반 하거나 우리 사용자 레코드에 대해 만든 결정에 동의 하는 경우 염려 하고 있다면, 아래에 나열 된 사람을 연락 수 있습니다. 당신은 또한 보낼 수 있습니다 서 면된 불만 하는 미국의 보건 복지부. 아래에 나열 된 사람 요청 시 적절한 주소를 제공할 것 이다. 당신은 하지 불만 제기예 대한 어떤 방식으로 처벌 될 것 이다.

연락 담당자

만약 당신이 어떠한 질문, 요청, 또는 불만, 문의 하시기 바랍니다.

이름: 미스 티 켈리
 제목: 관리자
 주소: 3215 신사 Rd, Ste 8
 브 런 즈 워 조지아 31520
 전화 번호: 912-264-9029

유효 날짜: 이 통지의 효력 발생일은 04/14/2003.

영수증의 승인
개인정보 보호 정책 및 환자 권리

내가 프리미어 수술 센터에서 프라이버시 보호 관행 통지 알려왔다.

내가 이해 하는 언어로 정보를 접수 하고 기회에 대해 질문을 받았다:

사전 지시어

환자로서 내 권리

ASC에 내 의사의 소유권

ASC에 내 사전 지시어의 복사본을 제공 된 예 아니오

내가 요청 하고 받은 사전 지시어 에 대한 정보 예 아니오

환자 서명: ___ 날짜: ___

책임 당 서명: ___ 관계 환자; _____

Witness: _____ Date: _____ Time: _____

릴리스 임상 정보를 권한 부여

에: Name _____

사람 생년월일: ___

환자에 게 관계: ___

Phone# _____