

OhioHealth

개인정보 보호정책 공동 공지사항

이 통지는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있으며 귀하께서 이 정보에 접근할 수 있는 방법을 설명합니다. 꼼꼼히 검토해 주시기 바랍니다.

OhioHealth는 병원, 클리닉, 지역 공동체 보건 센터, 가정 의료 서비스 및 기타 유수의 의료 서비스 전문가를 포함한 보건 시스템입니다. 본 개인정보 보호정책 공동 공지사항(이하 “공지사항”)은 OhioHealth와 그 소속 의료진 및 관련 지역 공동체 제공업체 중 조직적인 보건 의료 서비스 계약에 참가하는 업체에 적용됩니다. 이 내용은 의료 서비스 제공업자로서의 역할을 수행하는 과정에서 제공하는 서비스에만 적용되며, 특정 피트니스, 웰니스, 라이프스타일, 교육, 고용주, 운동 훈련 및 아웃리치(봉사) 서비스와 같은 의료 서비스 외의 업무에는 적용되지 않습니다.

의료 서비스 제공업자들은 모두 환자들에게 수준 높은 의료 서비스를 제공하기 위해 협력합니다. 보호 대상 의료 정보는 필요에 따라 법률이 허용하는 한도 내에서 서로 공유하여 치료, 결제 및 의료 서비스 운영을 이행하는 데 이용합니다. 본 통지의 목적은 귀하에게 당사에서 귀하의 정보를 공유하는 방식을 알리고, 귀하가 당사의 정보 공유 방식에 대해 더 자세히 알아보려면 어떻게 해야 하는지 안내하는 데 있습니다.

본 공지사항은 병원 내원 전에 수령할 수 있고, 서비스 시설에 도착했을 때 현장 수령도 가능합니다. 이번 내원 치료 시 귀하가 작성할 치료 동의서 양식에는 해당 개인정보 보호정책 공동 공지사항을 숙지하였다는 사실을 확인 요청하는 부분이 있습니다.

I. 당사는 보호 대상 귀하의 건강 정보를 보호할 법적인 의무가 있습니다.

당사는 법률에 의거하여 귀하의 보호 대상 건강 정보를 개인정보로 유지하고 당사의 법적 의무 및 개인정보 보호정책 공지사항을 제공할 의무가 있습니다. 귀하의 보호 대상 건강 정보가 침해되는 경우(그럴 가능성은 작지만), 당사는 귀하에게 그러한 사실을 알려야 합니다. 당사는 본 공지사항이 효력을 유지하는 한 본문의 약관을 준수해야 합니다. 당사는 필요에 따라 본 공지사항의 약관을

변경할 권한이 있으며, 당사에서 유지 관리하는 보호 대상 건강 정보 일체에 대해 새로운 공지사항을 발효할 권한이 있습니다. 수정된 공지사항의 사본은 본 시설의 접수 담당 부서(Registration Department) 또는 OhioHealth의 개인정보 담당자(Privacy Officer)에게 문의하여 수령할 수 있습니다. 본 공지사항의 제 VII 항에 기재된 문의처를 참조하시기 바랍니다.

II. 당사에서는 귀하의 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information, PHI)를 사용 및 공개(공유)할 수 있습니다.

1. **환자 승인.** 본 통지에 개략적으로 밝힌 경우를 제외하고, 당사는 귀하가 본인의 보호 대상 건강 정보를 사용 및/또는 공개하라고 허가하는 양식에 서명하지 않은 한 어떠한 목적으로도 그러한 정보를 사용 및/또는 공개하지 않습니다. 당사가 그러한 허가에 의거하여 조치를 취하지 않으면, 귀하에게는 서면으로 허가를 철회할 권한이 있습니다. 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용하고 공개하는 행위 중 몇몇 경우에는 당사 측에서 항상 사전에 귀하의 승인을 얻는 것이 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- **마케팅 정보 전달.** 본 문서의 목적을 위해, 마케팅 정보 전달에는 다음이 포함되지 않습니다: 전달 내용을 귀하에게 직접 전하는 경우, 단순한 소액 판촉물인 경우, 처방전 리필을 미리 알리는 경우, 전반적인 건강이나 웰니스 관련 정보인 경우, 또는 당사에서 제공하거나 귀하의 치료에 직접적으로 관련이 있는 건강 관련 제품 또는 서비스인 경우.
- **보호 대상 귀하의 건강 정보의 대부분 판매.** 법에 의해 달리 허용되거나 요구되지 않는 한, 당사는 귀하의 보호 대상 건강 정보의 대부분의 사용 및 공개에 대해 귀하의 승인을 받을 것입니다.
- **심리 치료 기록의 대부분의 사용 및 공개.** 법에 의해 달리 허용되거나 요구되지 않는 한, 당사는 귀하의 심리 치료 기록의 대부분의 사용 및 공개에 대해 귀하의 승인을 받을 것입니다.

2. **치료.** 당사는 귀하의 치료를 위해 필요에 따라 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 의사와 간호사 및 귀하의 건강 관리에 관여하는 여타 전문가가 귀하가 제공한 본인의 의료 기록 및 정보를 사용하여 귀하의 증상과 (치료에 대한) 반응을 참고해 귀하를 위한 치료 과정을 계획합니다. 여기에는 시술, 의약품 투여, 검사 등이 포함됩니다.

- 당사는 당사와 제휴를 맺지 않았지만 귀하에게 치료를 제공하고 있거나 제공할 의료 서비스 시설 또는 전문가에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 퇴원 후 가정 내 의료 서비스를 받을 예정인 경우, 당사는 귀하의 보호 대상 건강 정보를 해당 가정 내 의료 서비스 대행사에 공개하여 귀하를 위해 의료 서비스 계획을 수립할 수 있도록 합니다.
 - 무릎 부상으로 치료를 받는 경우, 물리 치료 담당 직원들과 보호 대상 귀하의 건강 정보를 공유하여 귀하의 운동 프로그램을 계획하는 데 도움을 줍니다.
- 3. 치료 비용 결제.** 당사는 귀하를 치료했거나 귀하에게 서비스를 제공한 보건 전문가 및 서비스 시설에 비용 결제를 위해 (필요한 경우) 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예컨대 귀하의 보험사에 귀하의 의료 시술 및 치료와 관련한 정보를 전달하여 귀하에게 제공된 서비스 비용 결제를 처리하도록 할 수 있고, 귀하의 치료비를 결제할 책임자 또는 귀하 본인에게 발부할 청구서를 작성하는 데 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다.
- 4. 의료 서비스 운영.** 당사는 필요에 따라, 법률이 허용하는 한 당사의 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 여기에는 임상적 개선, 전문가의 동료 평가, 사업 경영, 인가 및 면허 획득 등이 포함되며 예를 들면 다음과 같습니다.
- 당사는 임상 치료의 개선과 당사 환자들의 치료를 위해 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다.
 - 당사는 당사의 제휴 의료 서비스 시설 및 당사의 의료 서비스 운영을 위해 조직된 의료 서비스 이행 담당 직원, 그리고 조직적인 의료 서비스 이행 기관 내에서 및 이들 사이에서 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.
 - 또한 당사는 품질 보증 및 사례 관리 등과 같은 목적으로 다른 의료 서비스 시설, 의료 서비스 전문가 또는 건강 보험사에 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 다만, 이는 해당 시설, 전문가 또는 보험사도 귀하와 환자(와 의료진) 관계를 맺은 상태이거나 과거에 맺은 적이 있는 경우에만 해당됩니다.
- 5. 연구.** 일부 제한된 상황의 경우, 당사는 연구 목적으로 보호 대상 귀하의 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 연구 기관에서 특정 약물을 투여 받은 모든 환자의 치료 결과를 비교하고자 하여 일련의 의료 기록을 검토해야 하는 경우가 이에 해당됩니다.
 - 귀하의 명시적인 승인을 획득하지 못한 모든 경우, 귀하의 개인정보는 임상시험심사위원회(Institutional Review Board, IRB) 또는 해당 연구를 감독하는 개인정보 위원회나 보호 대상 정보의 사용 및 공개를 제한하는 연구자 대표에게 부과되는 엄격한 기밀 유지 요구사항에 의거하여 철저히 보호됩니다.
- 6. 예약 및 서비스.** 당사는 귀하에게 진료 예약을 미리 알리거나 검사 결과 또는 기타 서비스를 제공하기 위해 연락을 취할 수 있습니다. 귀하에게는 이러한 의사소통에 관한 몇 가지 특정한 권한이 있으며, 이에 대한 자세한 내용은 제V절의 설명을 참조하시기 바랍니다
- 7. 동업자.** 당사 서비스 중 몇몇 구성 요소는 당사에서 하도급 계약을 체결한 사외 인물 또는 조직에서 수행합니다. 감사, 인가, 법무 서비스 등이 대표적인 예입니다. 때로는 당사에서 이처럼 당사를 보조하는 하나 이상의 사외 인물 또는 조직에 귀하의 보호 대상 건강 정보를 제공해야 할 수 있습니다. 어떤 경우에도 당사는 이러한 동업자들에게 귀하의 개인정보를 적절하게 보호하도록 요구합니다.
- 8. 기타 사용 및 공개.** 당사는 법률에 의거하여 귀하의 동의 또는 승인 없이도 몇몇 경우 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개할 권한이 있습니다.
- 당사는 어떤 목적으로든 법률에 의거하여 필요한 경우 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
 - 당사는 질병, 상해, 출생 및 사망 등의 필수 신고와 같은 공공보건 업무를 위해, 또한 필수 공공보건 조사 목적으로 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
 - 당사는 법률에 의거하여 당사의 판단에 따라 아동 학대 또는 방임이 의심되는 경우, 또는 귀하가 학대, 방임 또는 가정 폭력 피해자인 것으로 판단되는 경우 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
 - 당사는 학생의 학교에 예방 접종 기록을 공개할 수 있으나, 다만, 이는 부모 또는 보호자(학생이 미성년자가 아닌 경우 학생 본인)가 구두 또는 서면으로 동의했어야만 합니다.
 - 당사는 (의약품) 부작용, 제품 결함을 신고하기 위해 필요한 경우, 또는 제품 리콜에 참여하기 위해 식품의약국(FDA)에 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

- 당사는 직장 내 환경 관련 질병 또는 상해 여부를 판단할 목적으로 귀하의 고용주가 요청하여 귀하에게 의료 서비스를 제공한 경우 귀하의 고용주에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이때 대부분의 경우 귀하에게는 고용주에게 해당 정보를 공개하였다는 통보를 발송합니다.
- 당사는 법률에 의거하여 필요한 경우 감사, 수사를 실시하는 정부 산하 감독 기관이나 민형사 소송 절차에 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 소환장 또는 정보개시 요청서로 인해 필요한 경우 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있으며, 이때 경우에 따라 그러한 정보 공개 사실을 귀하에게 통보합니다.
- 당사는 부상 및 상해와 범죄를 신고하기 위해 법률 집행 담당자에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 법률에 따라 검사관 및/또는 장의사에게 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 필요한 경우 귀하의 장기 또는 조직을 기증하기 위해, 또는 귀하를 위한 이식 수술을 목적으로 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 특정 연구 목적으로 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 다만, 이것은 그러한 연구 조사가 임상시험심사위원회에서 정해진 규칙에 따라 개인정보 보호를 보장하는 것으로 승인된 경우에만 한정됩니다.
- 당사는 몇몇 제한된 상황에서 보건 또는 안전에 심각한 위협이 미친다고 의심되는 경우 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 귀하가 군인인 경우, 군에서 요구하면 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개할 수 있으며 국가 안보 또는 첩보 활동에 필요한 경우에도 공개할 수 있습니다.
- 당사는 귀하의 종업원 상해 보험 수혜 가능성을 판단하기 위해 필요한 경우 귀하의 보호 대상 건강 정보를 종업원 상해보험 사업자에게 공개할 수 있습니다.

III. 체계적 보건 의료 계약(OHCA).

OhioHealth는 병원 및 개인병원 등 당사의 Epic 전자 보건 기록 시스템을 사용하는 여타 지역 공동체 서비스 제공업체와 함께 하나 이상의 OHCA(Organized Health Care Arrangements, 체계적 보건 의료 계약)에 관여하고 있습니다. 당사는 OHCA에 관여함으로써 여타 OHCA 관련 제공업체로부터 귀하에 대한 정보를 전자 파일 형태로 받아볼 수 있으며, 여타 관련 제공업체에 귀하에 대한 정보를 제공하기도 합니다. 당사와 여타 관련 제공업체에서는 귀하를 치료하고 귀하의 치료 방식을

조절하며 서비스 비용 결제 방안을 모색하고 의료 서비스를 운영(예: OHCA 관련 제공업체의 서비스 품질 평가 및 개선)하기 위해 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다.

OHCA에 관여하는 서비스 제공업체는 각각 독립된 조직이며 어떠한 관계 제공업체도 다른 관계 제공업체의 피고용인, 대행인, 협력업체 또는 합자 투자업체가 아닙니다(다만, 몇몇 한정된 경우, 한 관계 제공업체가 다른 관계 제공업체와 별도의 계약을 체결했을 수 있으며 이는 예외입니다). 각 서비스 제공업체는 OHCA에 관여하기 위해 필요한 단계를 각각 별도로 밟았으며 법률이 허용하는 형태로 치료 및 기타 목적을 위해 환자 정보를 서로 공유합니다.

IV. 귀하에게는 다음과 같은 사용 및 공개 사례에 대해 이의를 제기(“기피”)할 기회가 있습니다.

- 1. 당사 공식 전화번호부(FD)** 당사에서는 귀하의 이름, 위치 또는 병실 번호, 일반적인 건강 상태 및 (원하는 경우) 종교 등을 나열한 공식 전화번호부(FD)를 유지관리합니다. 귀하가 본인의 정보를 이 전화번호부에서 제외하기로 선택하지 않는 한 이러한 정보(종교 포함)는 귀하의 이름을 대고 정보를 요청하는 사람 누구에게나 공개됩니다. 이 정보(종교 포함)는 성직자에게도 제공될 수 있습니다. 귀하에게는 입원 수속 중에 이 전화번호부에 귀하의 정보를 실지 않기로 선택할 권한이 있으며, 이외에도 제공할 정보의 종류 및/또는 정보를 제공할 대상을 합당한 수준으로 제한할 권한이 있습니다.
- 2. 귀하의 치료에 관여하는 가족 및 친지.** 특정 조건에서, 당사는 귀하의 승인을 얻어 때때로 귀하의 보호 대상 건강 정보를 귀하의 치료 또는 치료비 결제에 관여하는 가족, 친지 또는 여타 인물에게 공개할 수 있습니다. 이는 귀하를 위한 치료나 치료비 결제에 해당 인물의 관여를 촉구하기 위한 목적일 수 있습니다. 귀하에게 연락이 닿지 않거나 귀하가 불능 상태에 빠진 경우(incapacitated), 또는 의학적으로 응급 상황에 처하여 귀하를 위해 일부 정보를 공개하는 것이 유리하다고 판단되는 경우, 당사는 귀하의 승인이 없어도 그러한 인물들과 몇몇 보호 대상 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 또한 공공 또는 민간 법인 중 재난 구호 활동을 지원하는 기관이나 단체에 몇몇 보호 대상 건강 정보를 공개하여, 해당 법인이 귀하의 치료에 일부 관여할 수 있는 가족 구성원 또는 기타 인물의 소재를 파악하도록 할 수 있습니다.
- 3. 기금 모금.** 귀하의 보호 대상 건강 정보의 제한된 정보를 당사를 위해 또는 당사를 대신하여 기금 마련 활동에 기부하기 위해 귀하와 연락하는 데 사용할 수 있습니다. 이 제한된

정보에는 귀하의 이름, 주소, 기타 연락처 정보, 나이, 성별, 생년월일, OhioHealth에서 받은 의료 서비스 날짜, 치료 의사, 부서 및 결과 정보 및 건강 보험 상태가 포함될 수 있습니다. 이 제한된 양의 정보를 사용하여 당사는 당사의 모금 활동을 보다 구체적으로 할 수 있습니다. 귀하에게는 기금 모금 관련 자료/정보 전달 사항을 수령하지 않기로 “거부” 할 권한이 있으며, 이렇게 하려면 귀하의 이름과 주소를 OhioHealth의 윤리 및 준수 사무소, 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202 또는 이메일 CompliancePrivacy@ohiohealth.com로 보내주시면 됩니다.

V. 귀하의 보호 대상 건강 정보와 관련한 귀하의 권한.

- 1. 보호 대상 건강 정보에 접근.** 귀하에게는 당사가 귀하를 위해 보관하고 있는 보호 대상 건강 정보의 대부분을 복제 및/또는 검토할 권한이 있습니다.
 - OhioHealth는 특정 정보에 대한 즉각적인 접근을 위해 MyChart를 권장합니다. MyChart 계정이 없는 경우 <https://mychart.ohiohealth.com/MyChart/signup>에서 만들 수 있습니다.
 - 액세스 요청서는 모두 서면으로 작성하여 본인 또는 대리인이 서명 결재하여야 합니다. 비용이 발생하는 경우, 이를 사전에 알려드립니다.
 - 또한 사본의 우편 발송을 요청하는 경우 배송료를 부과하며, 요청한 정보의 요약본을 요청하는 경우 그러한 요약본을 작성하는 데 드는 비용을 부과합니다. 액세스 요청서 양식은 본 시설의 의무기록 담당 부서에서 구할 수 있습니다.
 - 귀하에게는 전자 파일 형식으로 존재하는 귀하의 보호 대상 건강 정보를 전자 파일 형식의 사본으로 획득할 권한이 있습니다. 그러한 사본을 귀하가 지정한 법인 또는 인물에게 직접 전송하도록 지시할 수 있으며, 이 경우에는 전송 대상의 이름과 우편 주소 또는 기타 신원 확인 정보 일체를 명확하고 눈에 잘 띄게 구체적인 형태로 제공해야 합니다.
 - 당사는 전자 파일 형식으로 보호 대상 건강 정보 사본을 준비하는 데 관련된 처리 비용 및 관련 보급품 경비 명목으로 귀하에게 수수료를 부과할 수 있습니다.
- 2. 보호 대상 건강 정보 변경.** 귀하의 보호 대상 건강 정보에 오류가 있었다고 생각되거나 정확한 사실을 기재하기 위해 해당 정보를 수정해야 한다고 생각하는 경우, 귀하에게는 당사에 귀하의 건강 정보를 개정 또는 수정할 것을 서면으로 요청할 권한이 있습니다.

- 당사는 요청한 변경을 모두 적용할 의무는 없지만, 각 요청서를 세심하게 검토하고 고려하도록 하겠습니다.
- 각종 수정 요청을 당사에서 진지하게 고려하려면 반드시 해당 내용을 서면으로 작성하여 본인 또는 대리인이 서명 결재한 형태로 제출해야 하며, 해당 개정/수정 요청의 이유를 명시해야 합니다.
- 귀하가 요청한 대로 개정 또는 수정이 이루어지는 경우, 당사는 당사와 협력하고 있는 다른 관계자에게도 그러한 사실을 알리며 그러한 통보가 필요하다고 판단되는 경우 수정하지 않은 기록 사본도 보관합니다.
- 수정 요청서 양식은 본 시설의 의무기록 담당 부서에서 구할 수 있습니다.

3. 보호 대상 건강 정보 장부 공개. 귀하에게는 당사 측에서 귀하의 보호 대상 건강 정보를 공개한 몇몇 사례를 기록한 장부를 받아볼 권한이 있습니다. 이 권한은 치료, 결제 또는 의료 서비스 운영을 위해 공개한 경우에는 적용되지 않습니다.

- 요청서는 서면으로 작성하여 본인 또는 대리인이 서명 결재하여야 합니다.
- 장부 요청서 양식은 본 시설의 의무기록 담당 부서에서 구할 수 있습니다.
- 장부 공개 요청 시, 12개월 내 최초 1회는 서비스가 무료로 제공되며 처음 요청 후 12개월 내의 동일한 기간 내에 재요청하는 경우에는 매회 수수료가 부과될 수 있습니다.
- 장부 기록은 요청일을 기준으로 6년 이전까지로 기간이 제한됩니다.

4. 보호 대상 건강 정보 사용 및 공개에 대한 권한 제한. 귀하에게는 당사에서 치료, 결제 또는 의료 서비스 운영을 목적으로 귀하의 보호 대상 건강 정보를 사용 및 공개하는 방식을 한정하도록 요청할 권한이 있습니다.

- 법에 허용된 당사의 사용 권한을 제한할 수는 없습니다.
- 제약 사항 적용 요청서 양식은 본 시설의 의무기록 담당 부서에서 구할 수 있습니다.
- 대부분의 경우 당사는 귀하의 제약 사항 적용 요청에 동의하지 않아도 됩니다. 그러나 합당한 요청이라면 경우에 따라 받아들일도록 노력합니다.
- 당사에는 제약 사항 적용에 대해 동의한 후 경우에 따라 적절하다고 판단되면 이를 철회할 권한이 있습니다. 그런 경우 귀하에게 그러한 사실을 통보합니다.
- 귀하에게도 본인 또는 대리인이 서명한 서면 통보를 통해 제약 사항 적용에 동의한 사실을 철회한다고 밝힐 권리가 있습니다. 해당 통보서는 본 시설의 의무기록 담당 부서에 제출하면 됩니다.

- 서비스에 대한 청구서 전액을 귀하가 직접 사비로 결제하고 당사가 결제를 위해 특정 서비스에 관련된 정보를 보험사에 보내지 말 것을 요청하는 경우, 당사는 해당 정보가 보험료를 청구하는 데 필요한 다른 서비스를 설명하는데 필요하지 않은 한 귀하의 요청을 존중하도록 하겠습니다.

5. **기밀 사항 전달.** 귀하에게는 당사가 제공하는 귀하의 보호 대상 건강 정보와 관련된 전달 사항을 다른 방식이나 다른 주소지를 통해 수령하는 것을 요청할 권한이 있으며, 당사는 귀하 또는 귀하의 대리인을 통해 이루어진 이 합당한 요청을 수용할 수 있습니다. 예를 들어 예약 미리 알림을 음성 메시지로 남기는 것을 원치 않거나 특정 주소지로 송달하기를 원치 않는 경우, 합당한 요청은 수용하도록 하겠습니다. 그와 같은 기밀 사항 전달에 대한 요청은 서면으로 제출하면 되며, 본 시설의 의무기록 담당 부서에 요청서를 보내주시기 바랍니다.

6. **서류 사본.** 귀하에게는 본 공지사항을 종이에 인쇄한 사본을 받을 권한이 있습니다. 이는 귀하가 그러한 사본을 이메일 또는 여타 전자 파일의 형태로 요청한 경우에도 관계없이 적용됩니다.

VI. 무허가 공개 사실 통보.

귀하의 보호 대상 건강 정보가 유출되는 경우, 귀하에게 그러한 사실을 통보하며 피해를 입지 않도록 자신을 보호하기 위해 취할 단계에 대한 정보를 안내해 드립니다.

VII. 문의 사항 및 불만 접수.

본 공지사항에 관해 궁금한 점이 있거나 더 많은 도움이 필요한 경우 OhioHealth 개인정보 담당자(Privacy Officer)에게 문의하시기 바랍니다(주소: 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202, 또는 전화번호: 1-866-411-6181). 귀하의 개인정보 보호권이 저촉되었다고 생각되거나 귀하의 보호 대상 건강 정보에 관하여 당사에서 내린 결정에 동의하지 않는 경우, 다음 문의처에 연락하시기 바랍니다.

- OhioHealth 개인정보 담당자 또는
- 워싱턴 D.C.의 미국 보건복지부 장관에게 문의하되, 귀하의 권한이 저촉되었다고 생각되는 날짜로부터 180일 이내에 신고해야 합니다.
- 불만 사항의 제출로 인한 보복 행위는 금지입니다.

VIII. 발효일.

본 개인정보 보호정책 공동 공지사항은 2017년 6월 1일부로 효력을 발휘합니다. 개정일 2021/3/16