

## 개인정보 보호정책 고지문

본 고지는 귀하의 의료정보가 어떻게 사용·공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 해당 정보에 대해 어떠한 접근권을 가지는지를 설명합니다. 자세히 읽어주시기 바랍니다.

**이 고지가 다루는 정보:** 당사는 법률에 따라 귀하의 건강정보의 개인정보를 보호해야 하며, 당사의 개인정보 보호 관행, 법적 책임, 그리고 귀하의 보호건강정보(PHI)에 관한 귀하의 권리를 설명하는 개인정보 보호정책 고지문("고지문")을 제공해야 합니다. 여기에 포함되는 정보는 개인 식별이 가능한 정보, 보험 및 결제 정보, 진단, 처방 약물, 의료비 청구 내역, 주소, 사회보장번호 등 당사가 제공하는 과거·현재·미래의 의료서비스와 관련된 의료정보를 포함합니다.

**법률에 따른 당사의 의무는 다음과 같습니다:**

- 귀하를 식별할 수 있는 건강정보를 비공개로 유지할 것
- 귀하의 건강정보와 관련된 귀하의 권리, 당사의 법적 의무 및 개인정보 보호 관행을 고지할 것
- 본 개인정보 보호정책 고지문을 준수할 것
- 본 고지문에 변경사항이 있을 경우 귀하에게 알릴 것

**본 고지문이 적용되는 정보는 다음과 같습니다:**

- 귀하의 치료와 관련된 의료정보
- 청구 및 결제 정보
- 귀하를 식별·연락·결제 처리하기 위해 필요한 개인 정보
- 구두, 문서, 전자 형태의 모든 정보
- 당사가 생성, 수신, 열람, 전송 또는 보관하는 정보

**다음의 모든 개인 및 조직은 본 고지문을 준수해야 합니다:**

- 의료기관의 모든 지점, 부서 및 소속 단위 (지점 목록은 [www.gastrohealth.com](http://www.gastrohealth.com) 웹사이트에서 확인할 수 있습니다)
- 모든 직원, 스태프 및 행정 인력
- 자원봉사자, 의대생, 인턴, 레지던트, 펠로우
- 당사의 감독 및 통제 하에 서비스를 제공하는 모든 개인 및 업체.

**다음의 목적을 위해 귀하의 건강정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다:**

- **치료 목적:** 귀하의 건강정보는 치료 제공, 조정 또는 관리 목적으로 사용할 수 있습니다. 또한 의사, 간호사, 의료기사, 의대생, 의료진 또는 귀하의 진료에 관여하는 기타 의료 제공자에게 정보를 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 추가적인 진료나 상담을 위해 다른 의료기관에 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.
- **결제 목적:** 당사는 의료서비스에 대한 청구, 본인·보험사·제3자로부터의 비용 수령을 위하여 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 받은 대장내시경 검사 비용을 본인의 건강보험에 지불하거나 환급할 수 있도록 해당 건강보험사에 의료정보를 제공할 수 있습니다. 또한 향후 받을 치료에 대해 보험 적용 여부나 사전승인을 확인하기 위해 귀하의 건강보험사와 정보를 공유할 수 있습니다.
- **의료기관 운영 목적:** 당사는 기관 운영에 필요한 다양한 업무 수행을 위해 귀하의 정보를 사용할 수

있습니다. 예를 들어 회계, 행정업무 등 사업 운영을 위한 기능뿐 아니라, 귀하에게 의료서비스를 제공하는 직원 및 의료진의 업무 성과 평가 등 의료의 질을 유지·향상하기 위한 활동에 해당됩니다.

다음의 목적을 위해 귀하의 건강정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다:

- **예약 알림:** 당사는 귀하에게 예약 일정을 알려드리기 위해 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다.
- **치료 대안 안내:** 당사는 귀하에게 건강 및 관련 치료 옵션 또는 혜택을 안내하거나 추천하기 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.
- **응급 상황:** 귀하가 응급치료를 필요로 하거나 법률상 치료가 요구되지만 귀하의 동의를 받을 수 없는 경우, 치료 시행 후 가능한 한 신속히 귀하의 동의를 얻기 위해 노력합니다.
- **의사소통 장애:** 귀하가 의사소통 장애로 인해 동의를 받을 수 없지만, 귀하가 의사소통이 가능하다면 치료를 원할 것이라고 합리적으로 판단되는 경우 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다.
- **법률상 요구되는 경우:** 연방법, 주법 또는 지방자치법에 따라 의료정보의 사용 또는 공개가 요구되는 경우 귀하의 정보를 공개할 수 있습니다.
- **연구 목적:** 서면 동의를 제공했거나, 연구가 기관생명윤리위원회(IRB)의 검토 및 승인을 받은 경우, 당사는 연구 목적으로 귀하의 건강정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 연구자는 해당 연구 또는 특정 환자가 연구 참여 기준에 적합한지 판단하기 위해 정보를 열람할 수 있습니다. 특정 조건에서는 제한된 정보만 특정 규정에 따라 제공될 수 있습니다.
- **공중보건 목적:** 질병·부상·장애의 예방 또는 관리, 출생 및 사망 보고, 아동 학대 또는 방임 보고, 약물 부작용 또는 의료기기 문제 보고, 리콜 관련 정보 제공, 질병 노출 가능성에 대한 통지, 학대·방임·가정폭력 피해가 의심되는 환자에 대한 정부기관 통보(법률에 따라 요구되거나 허용되는 경우)를 포함합니다.
- **의료 감독 활동:** 보건 감독기관이 의료시스템·정부 프로그램·민권법 준수를 감시하기 위해 법률에 따라 수행하는 감사, 조사, 검사, 면허 관련 활동 등을 포함합니다.
- **비즈니스 파트너(업무수탁자):** 전자건강기록(EHR) 소프트웨어 업체, 회계사, 변호사, 컨설턴트, 채권추심기관 등 당사에 서비스를 제공하는 계약업체가 포함됩니다. 당사는 서비스 수행을 위해 필요한 경우 이들에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. 다만 해당 업체는 법률 또는 계약에서 허용하는 경우를 제외하고 귀하의 정보를 사용하거나 공개하지 않으며, 적절히 보호할 의무가 있습니다.
- **소송 또는 분쟁:** 귀하가 소송 또는 분쟁에 연루된 경우, 법원 명령, 소환장, 증거개시 요구 등 적법한 절차에 따라 의료정보를 공개할 수 있습니다. 단, 귀하에게 해당 요청을 알리거나 정보 보호 명령을 확보하기 위한 노력이 이루어진 경우에 한합니다.
- **법 집행기관 요청:** 법원 명령, 소환장 또는 범죄 수사·용의자 식별·도피자 또는 실종자 위치 파악 등을 목적으로 법 집행기관이 요청하는 경우 의료정보를 제공할 수 있습니다.
- **검시관, 법의학자, 장례업자:** 사망자 신원 확인, 사망 원인 규명 등 법적으로 부여된 업무 수행을 지원하기 위해 정보를 제공할 수 있습니다.
- **장기·조직 기증:** 귀하가 장기 기증 등록자일 경우 장기·조직 적출, 보관 또는 이식에 관여하는 기관에 의료 정보를 제공할 수 있습니다.
- **심각한 위협 예방:** 개인 또는 대중의 건강·안전에 대한 중대한·임박한 위협을 예방하거나 완화하기 위해 필요한 경우 귀하의 정보를 사용할 수 있습니다. 정보는 위협 예방 또는 완화를 도울 수 있는 대상에게만 제공합니다.

- **특수 정부 기능:** 군 복무 또는 재향군인 관련 활동, 국가안보 및 정보활동, 대통령 및 외국 정상 보호 업무, 교정시설 및 구금 상황 등 법률에서 허용하는 특정 정부 기능을 수행하기 위한 경우 귀하의 의료정보를 제공할 수 있습니다.

- **산재보상 목적:** 업무 관련 부상 또는 질병에 대해 보상 혜택을 제공하는 산업재해보상 또는 유사한 프로그램에 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.
- **재난구호:** 재난구호 기관에 귀하의 정보를 제공하여 가족 또는 지인에게 귀하의 위치, 상태 또는 사망 여부를 알릴 수 있습니다.
- **인공지능(AI):** 당사는 의료진이 귀하의 건강정보를 분석하고 치료 계획을 수립하며 진료 조정 기능을 강화할 수 있도록 머신러닝 모델 또는 알고리즘을 포함한 AI 기반 소프트웨어를 사용할 수 있습니다. 이 도구들은 의료 전문인의 임상적 판단을 대체하지 않고 보조하는 용도로만 사용됩니다.

#### 귀하가 이의를 제기하거나 거부할 수 있는 정보 사용·공개 목적:

- **환자 명부:** 당사는 귀하의 이름, 병실 위치, 일반적 수준의 상태 설명, 종교적 소속 등 제한된 정보를 환자 명부에 포함할 수 있으며, 이름으로 귀하를 요청하는 사람에게 제공될 수 있습니다.
- **예방접종 정보 제공:** 주 법률 또는 기타 법령에서 요구하는 경우 학교에 귀하의 예방접종 확인서를 제공할 수 있습니다.
- **귀하의 진료 또는 결제에 관여하는 사람:** 귀하의 진료 또는 진료비 지불에 관여한 가족, 친척, 친구 또는 지정된 사람에게 귀하가 서면으로 거부하지 않는 한 정보가 제공될 수 있습니다. 이는 귀하의 생전뿐 아니라 사망 후에도 적용됩니다.
- **이메일 또는 문자 메시지:** 귀하가 이의를 제기하지 않는 한, 암호화된 이메일 또는 문자로 소통할 수 있습니다.
- **기금 모금:** 귀하의 의료정보를 기금 모금 목적으로 사용하려는 경우 이를 귀하에게 알리며, 귀하는 모금 관련 연락을 받지 않도록 거부할 권리가 있습니다. 예를 들어, 당사 관련 재단이 귀하에게 연락할 수 있도록 재단에 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. 이 경우 귀하의 이름, 주소, 전화번호, 진료 또는 서비스 이용 날짜 등 연락처 정보만 제공됩니다. 모금 연락을 원하지 않을 경우 서면으로 통지해야 하며, 이후 당사는 귀하의 요청을 반영합니다.

#### 귀하의 사전 서면 동의가 필요한 정보 사용·공개 목적:

본 고지문에 포함되지 않은 기타 정보의 사용 및 공개는 귀하의 서면 동의가 있는 경우에만 이루어집니다. 동의서는 필수이며, 제한된 상황을 제외하고 귀하는 이를 언제든지 서면으로 철회할 수 있습니다. 단, 아래의 경우에는 철회할 수 없는 동의가 필요합니다:

- **마케팅:** 타사로부터 금전적 대가를 받고 귀하에게 제품, 서비스 또는 치료 대안에 대한 마케팅 정보를 전달하는 경우에는 귀하의 서면 동의가 필요합니다. 단, 대면 커뮤니케이션 또는 소액의 홍보용 선물 제공은 여기에 포함되지 않습니다.
- **심리치료 기록**
- **법에서 정한 예외에 해당하지 않는 한, 보호건강정보(PHI)의 판매.**

#### 귀하의 의료정보와 관련된 권리: 귀하는 다음의 권리를 가지며, 일부 조건이 적용될 수 있습니다:

- **사용·공개의 제한 요청권:** 귀하는 자신의 건강정보가 결제 또는 의료기관 운영 목적에 사용·공개되는 것에 대해 서면으로 제한을 요청할 권리가 있습니다. 당사는 모든 제한 요청을 반드시 승인해야 하는 것은 아니지만, 승인한 제한은 문서화되며 준수됩니다. 단, 응급치료 등 특정 상황에서는 제한이 종료될 수 있습니다.

또한 귀하는 가족·친지에게 공개되는 의료정보에 대한 제한을 요청할 수 있습니다. 그러나 응급상황, 재난, 또는 귀하가 의사소통이 불가능한 경우, 전문적 판단에 따라 정보가 공개될 수 있습니다.

특히, 귀하 또는 귀하를 대신한 사람이 진료비를 전액 자비로 지불한 경우, 해당 정보가 건강보험 등 제3자 결제기관에 제공되지 않도록 제한을 요청할 권리가 있으며, 이 경우 당사는 반드시 요청을 따릅니다. 다만 이후 진료 의뢰 등으로 인해 다른 의료기관에 알려야 하는 책임은 귀하에게 있습니다.

- **비밀 통신 요청권.** 귀하는 당사로부터 연락을 받는 방식이나 장소를 특정하여 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 직장에서만 연락받거나, 이메일 또는 우편 서류로만 연락받기를 요청할 수 있습니다. 당사는 귀하의 요청에 대해 별도의 사유를 요구하지 않으며, 합리적인 요청은 가능한 한 존중합니다. 또한 귀하가 지정한 다른 사람에게 귀하의 의료정보를 직접 전달해 달라고 요청하는 경우, 귀하의 서명이 포함된 서면 요청서를 제출해야 하며, 그 안에는 지정된 수령인의 신원과 보호건강정보(PHI) 사본의 전달 장소가 명확히 기재되어 있어야 합니다.

- **건강정보 열람 및 사본 교부 요청권.** 귀하는 청구 기록을 포함한 귀하의 건강정보를 열람하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 단, 심리치료 기록, 민·형사·행정 소송을 목적으로 수집된 정보 등 특정 제한 상황에서는 제공되지 않을 수 있습니다. 사본 요청은 서면으로 제출해야 하며, 당사는 복사 비용, 인건비, 우편비, 요청 시 제공되는 요약·설명서 작성 비용 등 실비 기준의 합리적인 수수료를 부과할 수 있습니다. 건강정보가 전자 형태로 보관되어 있고 전자 사본을 요청하는 경우, 가능한 한 귀하가 지정한 형식으로 제공하며, 불가능한 경우 상호 합의 가능한 열람 가능한 형식으로 제공합니다. 접근이 거부되는 경우, 당사는 거부 사유, 귀하의 이의제기 권리 및 그 절차가 명시된 서면 통지서를 적시에 제공합니다.
- **의료기록 정정 요청권.** 귀하는 귀하의 기록에 대한 정정을 서면으로 요청할 권리가 있으며, 그 요청 사유를 포함해야 합니다. 당사는 요청 접수 후 60일 이내에 응답하며, 지역 사유와 요청 처리 완료 예정일을 최초 60일 내에 서면으로 제공하는 경우 최대 30일 추가 연장할 수 있습니다.  
기록에 포함된 정보가 당사가 생성한 정보가 아닌 경우, 또는 정보의 원작성자가 더 이상 정정 요청에 응할 수 없다고 합리적으로 판단할 근거를 제공하지 못한 경우, 혹은 해당 정보가 당사가 유지하는 의료기록의 일부가 아니거나 귀하가 열람할 수 있는 정보에 해당하지 않거나, 기록이 정확하고 완전한 경우에는 정정 요청을 거부할 수 있습니다. 정정 요청이 거부되는 경우, 귀하는 거부 사유, 거부에 대해 반박 의견서를 제출할 권리, 그리고 해당 의견서를 제출하는 방법이 명확히 기재된 평이한 언어의 서면 통지를 적시에 받게 됩니다.
- **건강정보 공개 내역 요청권.** 귀하는 당사가 귀하의 건강정보를 공개한 내역에 대해 최대 과거 6년 동안의 기록을 요청할 권리가 있습니다. 이 공개 내역에는 치료, 결제, 의료 운영 목적의 공개 및 기타 적용 가능한 예외는 포함되지 않습니다. 당사는 서면 요청을 접수한 후 60일 이내에 공개 내역을 제공합니다. 그러나 최초 60일 이내에 지역 사유와 정보를 제공할 예정일을 명시한 서면 안내를 제공하는 경우, 공개 내역 제공 기간을 최대 30일 연장할 수 있습니다. 12개월 기간 내 귀하가 요청하는 첫 번째 공개 내역은 무료로 제공합니다. 같은 12개월 기간 내 추가 요청에 대해서는 합리적인 실비 기준 수수료가 부과될 수 있으며, 해당 비용은 요청을 처리하기 전에 귀하에게 안내됩니다. 귀하는 수수료 안내를 받은 후, 해당 수수료를 피하거나 줄이기 위해 공개 내역 요청을 철회하거나 수정할 기회를 갖게 됩니다.
- **본 고지문의 서면 사본 수령권.** 당사는 본 개인정보 보호정책 고지문을 언제든지 수정할 권리를 보유합니다.
- **개인정보 유출 통지 수령권.** 당사는 당사, 당사의 비즈니스 파트너 및/또는 하청업체에 의해 보안되지 않은 보호건강정보(PHI)가 취득·열람·사용·공개된 경우, 이에 대한 통지를 귀하에게 제공해야 합니다. 보안되지 않은 건강정보란 정부가 지정한 전자적 보호 방식에 의해 보호되지 않은 정보를 의미합니다. 유출 발생 후 60일 이내에 통지가 이루어져야 하며, 통지에는 유출 사건에 대한 간단한 설명, 영향을 받은 귀하의 정보, 귀하가 취할 수 있는 보호 조치, 손실을 조사·완화하고 향후 유출을 방지하기 위해 당사가 수행 중인 조치, 그리고 질문이 있을 경우 연락할 수 있는 연락처 정보가 포함됩니다.

#### 불만 제기:

귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 판단되는 경우, 귀하는 <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html> 에서 Provider(이하 “의료기관”) 및/또는 미국 보건복지부(HHS) 장관에게 불만을 제기할 수 있습니다. 불만을 제기하였다는 이유로 어떠한 불이익도 받지 않습니다. 불만은 HHS에 온라인으로 제출할 수 있습니다. Provider에게 제출하는 불만은 서면으로 제출해야 하며, 사건의 내용, 날짜 및 기타 관련 사항을 구체적으로 기재해야 합니다. 우편 또는 전화로 불만을 제출하려면:

**Gastro Health:**

9500 South Dadeland Blvd.  
Suite 200  
Miami, FL 33156  
Attn: Jason Wallace, JD, MPH

영어: 877-340-0008

스페인어: 800-216-1288

**U.S. Department of Health and Human Services:**

US Department of Human Services  
Attn.: Office of Civil Rights  
200 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20201

**본 고지문의 변경:**

본 고지문의 시행일은 다음과 같습니다 (날짜): 2018년 11월 9일. 당사는 현재 시행 중인 본 고지문의 조건을 준수해야 하지만, 필요에 따라 해당 조건을 변경할 권리를 보유합니다. 귀하가 서비스를 받고 있는 동안 본 고지문의 조건이 변경되는 경우, 당사는 가능한 한 신속히 우편, 전자메일 (전자 고지에 동의한 경우), 직접 전달 또는 [www.gastrohealth.com](http://www.gastrohealth.com) 웹사이트 게시의 방식으로 수정된 고지문을 제공할 것입니다.

**본 고지문에 포함된 내용에 대해 추가 정보가 필요한 경우 아래로 문의하시기 바랍니다:**

개인정보보호 책임자  
Jason Wallace, JD, MPH  
Gastro Health  
9500 South Dadeland Blvd.  
Suite 200  
Miami, FL 33156  
영어: 877-340-0008  
스페인어: 800-216-1288

**본인은 본 보호건강정보(PHI) 개인정보 보호정책 고지문을 수령하였으며, 이에 관한 질문을 할 기회를 제공받았음을 확인합니다.**

---

환자 또는 환자 대리인

---

날짜