로스엔젤레스 카운티 정신 건강국(DMH)
환자 신상정보 보호 법규

HIPAA 환자 신상정보 침해 고발 서식

본 서식에 기재된 귀하가 제공한 정보는 가능한 한 비밀 보장원칙에 의해 남되 귀하의 고발 내용을 조사하기 위해서 유출될 필요가 있다. 고발은 누구든지 할수있다. 해당 기관의 어느 근로자도 타 근로자가 HIPAA법규를 위반할 경우 신고를 할수있다.

1항 수혜자 신상정보 침해 고발인

이름	생년월일	자택전화

주소	아파트	시	주	우편번호

가장 쉽게 연락하려면	시간대

2항 HIPAA 신상정보 침해 고발서식-본인 성명 공개(원하는경우)

	본인은 본 고발 내용 조사를 위해 본인성명을 공개 할것에 동의한다. (단. 법이 허용하는 범위내에 한해서만 본인의 신상 정보공개를 아니한다.
	본인은 본인의 성명공개를 허용치 아니한다.(본인 성명의 공개불가는 조사의 걸림돌이 될수있다.

3항 고발 대상

성명/기관명	전화

주소	호	시	주	우편번호

본인은 상기자 또는 기관이 본인에게 아래와같은 행위를 했다고 믿는다.

	부당하게 본인의 건강정보를 누설했음		부당하게 본인의 건강정보를 사용했음
	부당하게 본인의 건강정부를 폐기처분 했음		본인의 건강정보내용을 수정해줄것을 거부당했음
	본인 건강정보확인을 거부당했음		동기관의 환자 신상정보 보호 지침 및 절차나 법규를 위반했음

귀하에겐 증인이되어줄 분들이 있는가? ( )네 ( )아니오

증인이름	주소	전화
증인이름	주소	전화

HIPAA 환자 신상정보 유출 건강정보 침해 고발 서식 (계속)

귀하가 신상정보 침해 이유로 고발한 내용을 언제. 어디서. 무엇을. 어떻게. 왜 발생 했는지 그 경위를 자세히 아래 여백에다 기술 할것. 만약 그 서술 내용이 많을 경우에는 별지를 사용 할것.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

정신 건강국에 고발장 접수는 자의이되 위에 요구한 자료가 없는 경우에는 정신 건강국에서 조사에 착수 할수가 없음. 우리는 1996 년에 제정된 건강 보험 이동 및 책임법에 의거해서 발부된 건강에 관계된 신상정보 보호 규약을 근거로 정보나 자료 수집을 한다. 건강정보 침해 위반사례 조사를 하기 위해서는 성명이나 기타 신상정보 공개가 불가피 할뿐만 아니라 법이 허용하는 한도 내에서 정신 건강국의 기관 정보 공개도 가능하며 동자료 등은 조사를 위해 상시사용 할수 있으며 또한 내부 자료로도 사용 할수 있다.

환자신상정보 보호에 의거해서 정신건강국은 귀하가 위의 고발을 한다고해서 위협,공갈,차별,강압할수 없을뿐아니라 그외 기타 행위도 귀하에게 강요할수없다. 귀하는 본 서식을 사용하는것외에 별지의고발내용을 담은 서신을 **County of Los Angeles-Department of Mental Health, Patients' Rights Office, 550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020** 으로 보내거나 **Office for Civil Right, U.S. Department of Health & Human Services** 로 보낼수있다.

_____ _____
본인 및 대리인의 서명 일자
고발장 제출인

_____
만약 대리인 서명을 하는 경우 본인과의 관계를 기재 할것

* 본 서식이 필요로 한 자료를 완전히 기재했는가?
* 귀하의 주소 및 전화번호를 기재했는가?
* 우표 붙이는것 잊지말것