

뉴욕시 교육청 구강 건강 클리닉 프로그램 - 학교 학부모 동의서

**SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC\***

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101 전화: 855-469-7473 팩스: 888-330-4331

학생 정보	학부모/보호자 정보
<p>학생의 성: _____</p> <p>학생의 이름: _____</p> <p>생년월일: _____ / _____ / _____  <small style="margin-left: 100px;">월 일 년</small></p> <p>학교: _____ 학년: _____</p> <p>교사의 성명: _____</p> <p>학생의 소셜 시큐리티 번호: _____  <small style="margin-left: 150px;">(선택적, 그러나 도움이 됨)</small></p> <p>성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여</p> <p>민족: <input type="checkbox"/> 히스패닉 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언  <input type="checkbox"/> 아시아인/태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 기타 _____</p> <p>학생 주소: _____  <small style="margin-left: 100px;">시 주 우편번호</small></p> <p><b>중요한 의료 질문</b>                      귀 자녀는 치과 치료에 합병증을 유발할 만한 건강의 문제가 있습니까?                      여기에는 심장질환, 호흡기 문제, 발작, 알레르기, 출혈 문제, 전염병, 면역계 이상 등. 만약 있다면 설명해 주십시오.                      없다면, 빈 칸으로 남겨 두십시오.</p>	<p><b>어머니</b>                      성: _____ 이름: _____</p> <p><b>아버지</b>                      성: _____ 이름: _____</p> <p><b>적용되는 경우, 법적 보호자</b>                      성: _____ 이름: _____</p> <p>학생과 법적 보호자의 관계  <input type="checkbox"/> 조부모 <input type="checkbox"/> 이모,고모,(외)숙모 또는 이모부, 고모부, (외)삼촌  <input type="checkbox"/> 기타: _____</p> <p><b>학부모 또는 보호자의 연락 정보</b>                      집 전화: _____ 직장 전화: _____                      휴대전화: _____                      이메일: _____</p> <p><b>추가적인 비상시 연락처</b>                      성명: _____                      학생과의 관계: _____                      집 전화: _____ 직장 전화: _____                      휴대전화: _____                      이메일: _____</p>
치과 보험 정보	
<p>귀 자녀는 메디케이드에 가입되어 있습니까?  <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: 메디케이드 아이디 # _____</p> <p>귀 자녀는 차일드 헬스 플러스(ChP)에 가입되어 있습니까?  <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: ChP # _____</p> <p>어떤 플랜입니까?  <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis  <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup  <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> MetroPlus  <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare  <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield  <input type="checkbox"/> 기타: _____</p>	<p>귀 자녀가 귀하의 고용주를 통한 또는 기타 다른 종류의 의료보험에 가입되어 있습니까?  <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예, 의료보험: _____                      멤버 아이디 또는 사회보장번호: _____                      건강 보험 전화: _____                      성인 가입자 성명: _____                      성인 가입자 생년월일: _____</p> <p>귀 자녀가 의료 보험에 가입되어 있지 않다면, 뉴욕주 보건 광고의 승인을 받은 개인이 직접 귀하께 등록할 수 있는 의료 보험에 관한 안내를 위해 연락해도 되겠습니까?  <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 연락 드리기 가장 좋은 시간은 언제입니까?</p>
학교 기반 보건 클리닉 서비스에 관한 학부모 동의	
<p>제 아이가 학교에 등록되어 있는 한, 저는 이에 서명함으로써 다음 페이지 (학교 기반 구강 건강 클리닉 서비스)에 수록된 서비스들을 읽고 이해하였음을 확인하며, Smile New York Outreach, LLC 교내 구강 건강 클리닉에서 제 아이를 위한 서비스를 제공하는 것에 동의합니다. 저는 Smile New York Outreach, LLC 에 서면으로 알려 언제든지 저의 동의를 철회할 수 있을 것입니다. 저는 상기 중요한 건강 관련 문항을 읽어 보았으며, 제 자녀의 건강상태에 중대한 변화가 발생할 경우 855-481-8638 번으로 연락하여 알려드리겠습니다. 저희는 귀하께 학교 치과 프로그램에 관하여 문자를 발송하게 될 수도 있습니다. 이 때, 메시지 및/또는 데이터 요금이 귀하의 무선 서비스 제공자에게 부과될 수 있습니다. 수신 거부를 원하시면 저희가 발송한 메시지에 "STOP"이라고 답을 보내주십시오. 또한 귀하께서는 학교 치과 프로그램과 관련된 녹음 내용 및/또는 자동발신되는 전화를 본 동의서에 제공해 주신 유선 전화 및/또는 휴대전화로 수신하는 것에 동의하셨습니다. 주의: 법적으로, 18 세 이상 또는 부모가 되었거나 법적으로 독립한 학생들에 대한 학부모 동의는 필요하지 않습니다. 제 서명은 개인정보 보호 사례에 관한 공지 사본을 받아보았음을 의미합니다.</p>	
X _____	_____
<p>학부모/보호자 서명 (또는 18 세 이상이거나 기타 법률이 허락하는 경우의 학생 본인) <span style="float: right;">날짜</span></p>	
HIPAA 규정에 의거한 의료 정보 공개에 관한 학부모 동의서	
<p>저는 이 양식의 2 페이지에 적힌 건강 정보 공개를 읽고 이해하였습니다. 제 서명은 설명된 보건 정보 공개에 관한 저의 동의를 의미합니다.</p>	
X _____	_____
<p>학부모/보호자 서명 (또는 18 세 이상이거나 기타 법률이 허락하는 경우의 학생 본인) <span style="float: right;">날짜</span></p>	

본 동의서의 양면을 모두 읽어 주십시오.

뉴욕시 교육청 구강 건강 클리닉 프로그램  
학교 학부모 동의서

**SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC\***

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101

전화: 855-469-7473 Fax: 888-330-4331

**학교 기반 구강 건강 클리닉 서비스**

저는 제 아이가 학교 구강 보건 프로그램의 일부로 뉴욕주 보건부에서 승인한 뉴욕주 라이선스 취득 보건 전문 Smile New York Outreach, LLC 에게서 제 아이가 학교에 등록되어 있는 한 구강 치료 서비스를 받는 것에 동의합니다. 저는 Smile New York Outreach, LLC 에 서면으로 알려 언제든지 저의 동의를 철회할 수 있을 것입니다. 저는 학생과 구강 건강 클리닉 제공처 사이의 법률에 따른 특정 부분에 관한 비밀이 보장되며 학생들이 구강 치료에 관한 결정을 상당함에 있어 본인의 부모 또는 보호자를 참여시키도록 권장할 것이라는 사실을 알고 있습니다. 학교 기반 구강 건강 클리닉 서비스들은 구강 건강 예방 서비스, 재건 서비스 및 응급 처치를 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 구강 건강 예방 서비스들은 종합 치과 검진, 치 위생 관리, 엑스레이, 밀봉 및 불소처리 등을 포함하되 이에 국한되지 않을 것입니다. 여기에는 또한 충치가 퍼지는 것을 막기 위한 치아 뒷면의 실버 디아민 불화(Silver Diamine Fluoride)의 처리를 포함할 수 있습니다(실버 디아민 불화는 충치를 고동색이나 검은색으로 변색시킬 수 있습니다). 종합 치과 검진과 구강 건강 예방 서비스 외의 서비스들에 대해서, Smile New York Outreach, LLC 는 학부모/보호자에게 병, 발치 및 마취 또는 기타 약품의 사용을 포함하되 이에 국한되지 않은 서비스들에 관해 알릴 것입니다. 학부모/보호자가 동의하지 않는다면, 이들 서비스가 제공되지 않을 것입니다.

**뉴욕시 교육청의  
구강 건강 정보 공개에 관한 학부모 동의에 관한 요약  
HIPAA 규정에 의거한 구강 건강 정보 공개에 관한 학부모 동의서**

저는 본 양식 뒷면에 서명함으로써, 구강 건강 정보 공개를 승인합니다. 이 정보는 연방 사생활 보호법 및 뉴욕주 법에 따라 보호받을 것입니다.

이 양식에 서명함으로써, 저는 이것이 법률 또는 교육감 규정에 따라 또는 이것이 학생의 건강과 안녕을 보호하는데 필수이므로, 뉴욕시 교육위원회(일명 뉴욕시 교육청) 및 스쿨 널스 및 리더들에게 구강보건 정보가 제공되는 것을 승인합니다. 제 요구에 따라, 이 구강 건강 정보를 제공하는 기관이나 개인은 반드시 이 양식의 사본을 제공하여야 합니다. 학부모들은 법적으로 예방접종 기록과 같은 특정 정보를 학교에 제공하여야 합니다. 이런 정보를 제공하지 않는 것은 학생이 학교로부터 퇴학 처분을 받는 결과를 초래할 수 있습니다.

이 양식에 관한 제 질문에 대해 답을 얻었습니다. 저는 제 아이의 구강 건강 정보의 공개를 허락하지 않아도 된다는 것을 이해하고 있으며 저는 어느 시점에서 제 마음을 바꿀 수 있으며 학교 기반 구강 보건 클리닉에 서면으로 승인을 취소 할 수 있다는 것을 잘 알고 있습니다. 그러나 공개된 후, 취소하기 전에 공개된 정보에 관한 취소가 소급 적용될 수 없다는 것을 알고 있습니다.

저는 Smile New York Outreach, LLC 학교 기반 구강 건강 클리닉에서 뒷면에 성명이 기재된 학생의 특정 구강 건강 정보를 뉴욕시 교육 보드 (일명 뉴욕시 교육청)에 제공하는 것을 승인합니다.

저는 학교 기반 구강 건강 클리닉에서 뉴욕시 교육청으로 뉴욕시 교육청에서 학교 기반 구강 건강 클리닉으로 정해진 규정을 준수하고 제 아이의 건강과 안전을 위해 학교에서 필요한 정보를 갖출 수 있도록 다음에 요약된 구강 건강 정보를 공개하는 것에 동의합니다. 저는 이런 정보가 연방 및 뉴욕주 그리고 교육감 규정의 비밀보호 규정에 부합하여 비밀이 유지될 것이라는 것을 잘 알고 있습니다.

건강과 안전을 위한 정보:

- 응급 치료를 요하는 상태
- 학생의 일상 생활을 제한하는 상태(양식 103S)
- 일부 전염성이 있다는 진단(HIV 감염/STI 및 기타 법률로 비밀이 보호되는 치료는 포함되지 않음).
- 의료 보험 커버리지

저는 본 양식의 1 페이지에 서명함으로써, Smile New York Outreach, LLC 에 제 아이를 진단한 기타 제공처에 연락하여 보험 정보를 수집하는 것에 동의합니다.

정보의 공개가 승인되는 기간:

시작: 이 양식의 뒷면에 서명한 날짜

종료: 학생이 더 이상 학교 기반 구강 보건 클리닉에 등록하지 않게 된 날짜

\*OHCP = 구강 건강 클리닉 제공처

## 학생의 권리장전

### Smile New York Outreach 의 환자로서, 귀하는 다음과 같은 권리를 갖습니다:

1. 이런 권리들의 이해와 사용. 어떤 이유에서든 귀하가 이해를 못하시거나 도움이 필요하시다면, 센터에서는 반드시 통역을 포함한 지원을 제공해주어야 합니다.
2. 나이, 인종, 피부색, 성적 취향, 종교, 결혼 상태, 성별, 출신 국가 또는 비용의 소스에 관계 없이 서비스를 제공받을 수 있습니다.
3. 치료 관련 개인정보를 포함하여 이해, 존중 및 존경과 함께 치료를 받음.
4. 센터에서 제공 가능한 서비스들에 대한 정보를 제공 받음.
5. 진료 시간 외 응급 치료 비용 처리 범위들에 대한 정보를 제공 받음.
6. 치료 비용, 제 3 자로부터의 비용 상환 자격 및 적용 가능할 때, 무료 또는 할인된 가격으로 치료 가능한지 등에 대한 정보를 제공 받음.
7. 요구하면 본인의 청구서에 관한 항목별 사본을 제공 받을 수 있음.
8. 환자의 진단, 치료 및 진척에 관해 해당 환자가 상식적으로 이해 가능한 내용으로 전체 및 현재 정보를 보건 치료 종사자(health care practitioner) 또는 보건 치료 종사자의 대리인으로부터 받을 수 있음.
9. 비-응급 처치 또는 치료 또는 양쪽 모두를 시작하기 전에 정보에 기반한 동의를 하는데 필요한 정보를 치과 의사로부터 받을 수 있음. 정보에 기반한 동의에는 최소한의 정보로써 특정 처치 또는 치료에 관한 정보의 조건 또는 양쪽, 관련된 위험 및 있다면 처치 또는 치료에 관한 대안 등이 포함될 것입니다.
10. 법이 허용하는 범위에서 치료를 거부하고 본인의 행동의 의료적 결과에 관한 전부 정보를 제공받을 수 있음.
11. 실험적 연구 참여를 거부.
12. 제공된 치료와 서비스에 관한 불만을 제기하고 보복에 관한 두려움 없이 센터에서 이런 불만을 조사하도록 함. 환자는 본인의 우려 사항을 행정 담당에게 구두 또는 서면으로 알릴 수 있습니다. 만약 환자가 요구하였다면, 센터는 조사에서 발견된 점을 환자 또는 환자의 대리인에게 30 일 내에 서면으로 답해야 할 책임이 있습니다. 센터는 또한 환자 또는 환자의 대리인에게 환자가 센터의 대응에 만족하지 않았다면 해당 환자가 뉴욕주 보건부의 보건 시스템 관리 담당실(Department of Health's Office of Health Systems Management) 전화 1-800-804-5447 번으로 불만을 제기할 수 있다는 것을 고지 할 책임이 있습니다.
13. 환자의 치료와 관련된 모든 정보와 기록은 사생활 및 비밀이 보장됨.
14. 법 또는 제 삼의 비용 계약처에서 요청된 경우를 예외로 본인의 치과 기록을 보건관리 전문 및/또는 보건관리 시설로 전달 또는 공개하는 것의 승인 또는 거부.

### 귀하의 기록을 보관하십시오

ELLIOT P. SCHLANG, DDS – GENERAL DENTIST, DENTAL DIRECTOR

Angelina Adames, DDS, Jungmin Cho, DMD, Jennifer Corredor, DDS, Sylvia Cuellar, DDS, Joseph D’Ambrosio, DMD, Jason Davis, DDS, Christopher Dillon, DDS, Andrew Fradkin, DDS, Margaret Garland, DDS, Renee Gaska, DMD, Jeffrey Gershon, DMD, Daria Grillo, DDS, Barry Hecht, DMD, Deborah Kahn, DMD, Sahar Kamkar, DMD, Aditi Kapoor, DMD, Uzma Khan, DDS, Jeffrey Krantz, DDS, Stephen Marshall, DDS, Deena Pegler, DMD, Alan Poritzky, DDS, Melissa Rodgers, DMD, Deniz Salierno, DDS, Elliot Schlang, DDS, Karim Shehadeh, DDS, Jeffrey Tenenbaum, DDS, Nancy Yu, DDS

### 개인 정보 보호 관행 통지

이 통지문은 귀하의 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되며 이 정보를 어떻게 이용하실 수 있는지에 관한 정보를 안내하기 위한 것입니다. 상세히 검토해 주십시오. 귀하의 기록을 위해 보관하십시오.

#### 저희의 법적 책임

귀하의 의료 정보의 개인 정보는 저희에게 중요합니다. 저희는 귀하의 보건 정보 보호를 위해 적용되는 관련 연방 및 주 법을 준수합니다. 저희는 또한 저희 개인정보 보호 관행, 저희의 법적 책임 및 귀하의 보건 정보와 관련된 귀하의 권리에 관한 공지를 귀하께 제공해만 합니다. 저희는 관련 공지가 효력을 발휘하는 동안 이 공지에 안내된 바에 따라 개인정보 관행을 준수하여야만 합니다. 저희는 안전하지 않은 귀하의 의료 정보가 침해되었다면 안내해 드릴 것입니다. 저희는 적용되는 법률이 허용하는 바에 따라 언제든지 저희 개인 보호 관행 및 이 공지의 용어를 변경할 수 있는 권리가 있습니다. 저희는 저희의 개인정보 보호 관행 및 저희가 작성 또는 변경이 있기 전에 저희가 접수한 보건 정보를 포함한 저희가 관리하는 모든 보건 정보에 대한 저희 공지 효력의 새로운 조건을 변경할 수 있는 권리가 있습니다. 개인정보 보호 관행에 상당한 변경을 시도하기 전에, 저희는 이 공지를 변경할 것이며 요청이 있다면 새로운 공지를 제공해드릴 수 있도록 준비할 것입니다. 언제든지 저희 공지의 사본을 요청하실 수 있습니다. 저희 개인정보 보호 관행에 대한 더욱 상세한 정보 또는 이 공지의 추가적인 사본을 요청하시려면, 이 공지 말미에 수록되어 있는 연락 정보를 이용하여 연락하시기 바랍니다.

#### 보건 정보의 사용 및 공개

저희는 귀하의 보건 정보를 치료, 비용처리 및 센터 운영을 위해 이용 및 공개할 것입니다. 예를 들어:

**치료:** 저희는 귀하의 보건 정보를 이용하고 귀하의 치료하는 의사, 학과 간호사 또는 기타 건강 관리 제공처에 공개할 것입니다.

**비용 납부:** 저희가 귀하에게 제공한 의료 서비스에 대한 비용을 회수하기 위해 귀하의 보건 정보를 이용 및 공개할 것입니다.

**센터 운영:** 저희는 보건 전문가들의 자격이나 수준을 검토하고 의료 종사자와 제공된 서비스의 수준에 대해 평가하는 등과 같은 저희 비즈니스 운영과 연계하여 귀하의 보건 정보를 이용 및 공개할 것입니다.

**귀하의 승인:** 이 공지에 설명되어 있지 않은 사용 또는 공개는 귀하의 서면 승인으로만 이루어질 수 있을 것입니다. 또한, 저희는 반드시 귀하의 의료 정보를 판매 또는 저희가 커뮤니케이션을 위해 비용을 지급한 선전문 또는 서비스를 위해 귀하의 정보를 이용 또는 공개하기 위해서는 귀하의 서면 동의를 받아야만 합니다. 저희에게 승인을 하시면, 귀하는 언제든지 서면으로 이런 승인을 번복하실 수 있습니다. 귀하의 번복은 해당 승인이 효력을 발휘할 동안 귀하가 승인하신 어떤 사용 또는 공개에는 효력을 미치지 않을 것입니다. 귀하께서 서면으로 저희에게 승인을 제공하지 않으신 한, 저희는 귀하의 보건 정보를 이 공지에 안내해 드린 어떤 이유를 제외하고는 사용 또는 공개할 수 없습니다.

**귀하의 가족 및 친구 그리고 귀하의 보호와 관련된 사람들:** 저희는 귀하의 건강 또는 귀하의 건강을 위한 비용처리를 돕기 위해 필요한 한도 내에서 귀하의 가족 및 친구 그리고 귀하의 보호와 관련된 사람들에게 귀하의 건강 정보를 공개할 수도 있습니다. 저희는 또한 재난 발생시 개인의 위치를 찾는 것을 돕기 위해 재난 구조 단체들에 귀하의 의료 정보를 공개할 수도 있습니다. 저희는 또한 귀하의 위치, 일반적인 상태 또는 사망에 대해 가족, 개인적 대변 또는 책임을 갖고 있는 사람에게 귀하의 의료 정보를 공지하거나 공지하기 위해 지원하려고 사용 또는 공개할 수도 있습니다. 이런 상황에서도 가족 또는 기타 타인에게 귀하의 의료 정보를 공개하는 것을 원하지 않으신다면 저희 HIPAA 담당관 전화 번호 888-833-8441 번으로 알려주시기 바랍니다.

**법적 요구:** 법으로 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공개하도록 요청 받는다면 그렇게 해야할 것입니다.

**공공 안전:** 저희는 수색 영장 또는 대대심 소환장을 집행하기 위한 법 집행 기관 또는 범죄 행위로 인한 사망에 대한 보고 및 저희 건물에서 범죄 행위가 보고되어 개인을 식별 또는 찾기 위한 법 집행 기관들을 지원하기 위해 의료 정보를 공개할 필요가 있을 수 있습니다.

**약용 또는 부주의:** 저희는 귀하가 폭행, 부주의 또는 가정 폭력의 피해자일 가능성 또는 기타 다른 범죄의 피해자일 가능성이 있다고 믿을 만한 이유가 있다면 적절한 관련 기관에 귀하의 보건 정보를 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하의 건강 또는 안전 또는 타인의 건강 또는 안전의 심각한 위해를 제거하는데 필요한 귀하의 건강 정보를 제공할 수도 있습니다.

**국가 안전:** 저희는 특정한 상황에서 귀하의 의료 정보를 합법적인 정보, 방첩 또는 기타 국가 안보 활동에 대한 권한이 있는 연방 관리 및 대통령을 보호하기 위해, 특정 상황에서 수감자 또는 환자의 합법적인 양육권을 가진 교도소 또는 법 집행관에게 그리고 법적 승인된 연방 수사관 군사 기관이나 외국 군대 기관에 제공할 수도 있습니다.

**예약 확인:** 귀하의 예약 확인(음성 메시지, 엽서, 편지, 이메일 또는 문자 등)을 위해 귀하의 보건 정보를 이용하거나 공개할 수도 있습니다.

**건강 감독 활동:** 저희는 법적으로 승인된 활동을 위한 보건 감독 기관에 건강 정보를 제공할 수도 있습니다. 이런 감독 활동에는 예를 들어, 감사, 조사, 현장 조사 및 라이선스 설문을 포함합니다. 이들 활동은 정부에서 보건 시스템을 감독하여 전염병의 발생, 정부 프로그램, 시민권리 법의 준수와 환자 치료 개선에 필요합니다.

**고소 및 분쟁:** 저희는 법원 또는 행정 명령에 대응하여 귀하의 보건 정보를 공개할 수도 있습니다. 저희는 또한 소환장, 발견 요청 또는 기타 법을 절차에 대응하여 귀하의 보건 정보를 공개할 수도 있습니다.

**기타 이용 및 공개.** 법률에 의해 허용되거나 요구되는 바에 따라, 저희는 연구 목적으로 귀하의 의료 정보를 다음과 같이 사용하거나 공개 할 수 있습니다: 장기 기증과 이식을 처리하고 모니터하는 단체에서, 근로자 산재 보상이나 이와 유사한 프로그램이 근로자 재해 보상이나 근로 관련 부상이나 질병에 혜택을 주는 유사한 프로그램과 관련된 법률을 준수하기 위해, 질병, 부상 또는 장애를 예방하거나 통제하기 위한 공중 보건 활동, 의약품에 대한 반응이나 제품 관련 문제를 보고하기 위해, 질병에 걸렸거나 질병에 걸릴 위험이 있거나 위험에 처한 사람에게 알리기 위해, 사망 한 사람의 신원을 확인하거나 사망 원인을 결정하기 위해 검사관에게 또는 장례 디렉터가 의무를 수행할 수 있도록.

#### 환자 권리

**접근:** 제한적인 예외 상황과 함께, 귀하는 귀하의 보건 정보에 관한 사본을 보고나 받을 수 있는 권리가 있습니다. 귀하는 반드시 귀하의 보건 정보를 받기 위해 서면으로 요청하여야 하며 이 공지 말미에 있는 번호로 귀하의 요청을 팩스로 보내야 합니다.

**공개 관리** 귀하는 저희 또는 저희 비즈니스 관련 기관들에서 귀하의 보건 정보를 공개한 일부 공개 목록을 요청할 권리가 있습니다. 만약 12 개월 내에 한 번 이상 이 관리 기록을 요청하였다면, 이런 추가적인 요청에 대응하기 위해 저희가 소요한 타당한 비용에 기반한 비용을 청구할 수도 있습니다.

**제한 사항:** 귀하는 저희가 귀하의 건강 정보를 이용 또는 공개하는 것을 제한하는 요청을 할 수 있는 권리가 있습니다. 저희는 공개가 귀하의 건강 보험에 대해서, 귀하(또는 귀하를 대신하여 귀하의 건강 보험이 아닌 누군가가)의 치료 비용을 전부 납부하였거나, 공개가 비용 또는 보건 관리 비즈니스였거나 이런 공개가 법률에 따라 요구되지 않을 때를 제외하고 귀하의 요청에 동의할 의무가 없습니다. 그러나, 저희가 제한에 동의한다면, 저희는 동의를 준수할 것입니다(응급 상황을 예외로).

**기타 커뮤니케이션:** 귀하는 서면으로 저희가 귀하의 보건 정보에 관해 기타 방법 또는 귀하가 서면 요청에서 특정한 기타 장소에서 교환되도록 요청할 수 있는 권리가 있습니다.

**수정:** 귀하는 저희가 귀하의 건강 정보를 수정할 것을 요청 할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하의 요청은 반드시 서면으로 이루어져야 하며 반드시 해당 정보가 수정되어야 하는 이유를 설명하고 있어야 합니다. 저희는 특정 상황에서 귀하의 요청을 거부할 수도 있습니다.

**전자 공지:** 귀하가 이 공지를 웹사이트 또는 전자 우편(이메일)로 받아 보셨다면, 요청에 따라 이 공지의 서면 양식을 제공받을 수 있는 권리가 있습니다.

#### 질문과 이의제기

저희 개인정보 보호 사절에 관한 더 많은 정보를 원하시거나 또는 질문이나 우려 사항이 있으시다면, 저희에게 연락하십시오. 저희가 귀하의 개인의 권리를 침해하였다고 우려하신다면, 귀하는 이 공지의 말미에 수록된 연락 정보를 이용하여 이의를 제기하실 수도 있습니다. 귀하는 또한 미국 보건 및 인적 서비스부(Department of Health and Human Services)에 서면으로 이의제기를 하실 수도 있습니다. 저희는 귀하가 저희나 미국 보건 및 인적 서비스부에서 이의를 제기하기로 선택하셨다 해도 어떤 식으로든 보복을 하지 않을 것입니다.

연락 담당관: HIPAA 담당

전화: 888-833-8441

팩스: 888-330-4331

이메일: [hipaaofficer@smileprograms.com](mailto:hipaaofficer@smileprograms.com)

효력 발생일: 2016년 8월 1일