



**MISSIONARY
MEDICAL**
Serving those who serve

보호된 건강 상태 정보 사용 및/또는 공개 허가서

선교사 성명: _____

데저렛 뮤추얼 검증 번호: _____

본인은 이에 의하여 본인이 정신 건강 또는 정서 관련 질병을 앓게 되는 경우 아래에 열거된 각 관계자가 본인의 모든 심리치료 기록을 받고, 사용하고/또는 서로 공개할 수 있도록 허가하는 바이다.

1. 선교사 의료과를 포함한 데저렛 뮤추얼 보험 (Deseret Mutual Benefit Administrators)
2. 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사부의 대표/직원
3. 예수 그리스도 후기 성도 교회의 총관리 역원
4. 본인의 선교부 회장 및 그의 배우자
5. 본인의 원소속 스테이크 회장단 또는 지방부 회장단 및 감독단 또는 지부 회장단
6. 선교사 훈련 센터 담당자
7. 학생 건강 센터 담당자
8. 아래에 기재된 것과 같은 본인의 부모/보호자 (상자에 표시되어 있지 않은 경우 “예”라는 대답으로 간주함)

예 아니오 성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

예 아니오 성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

9. 본인의 재량으로 아래와 같이 지명한 사람:

성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

- 본인은 데저렛 뮤추얼의 의료 개인 정보 보호 통지서를 받아서 검토했음을 인정한다.
- 본인이 본 허가서의 사본을 받을 권리가 있음을 이해하고 있다.
- 본 허가서는 이행 일자로부터 본인이 선교사업에서 해임 받은 후 1년월까지 Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, U.S.A.에 서면으로 취소 통지서를 보내지 않는 한 동 기간 동안 유효하다.
- 취소는 향후 조치에 한해서만 유효할 것이며 본인의 취소 신청이 접수되기 전의 그 모든 조치에 대해서는 유효하지 않다.
- 준거법에 따라 달리 승인된 경우를 제외하고는 치료, 납부, 등록, 또는 받을 수 있는 건강 수당에 대한 자격 요건은 본인의 허가서 제공 여부와는 관계되지 않은 것이다. 단, 본인이 서명하기를 거부하거나 허가서를 취소할 경우 이는 본인이 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사로서 봉사하거나 계속해서 봉사할 자격에 영향을 미칠 수 있다.
- 본 허가에 따라서 사용되거나 공개되는 모든 정보는 재공개될 수 있으며 그러므로 더 이상 개인 정보 보호 규정에 따라 보호 받지 못할 수도 있다.
- 이러한 조건에 따라 허가된 보호된 건강 관련 정보의 사용 및 공개는 본인이 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사로서 봉사하는 동안 교회를 대표하여 효과적인 선교사가 되고 교회의 필요 사항을 충족시킬 수 있도록 본인의 건강을 총체적으로 관리하고 이행하기 위한 것이다.
- 보호 받아 공개될 수 있는 건강 관련 정보는 본인의 현재 진단, 징후, 치료 사항 외에도 과거 병력, 징후, 치료 사항이 포함된다. 이 정보는 선교사로서 봉사하기 위한 본인의 신체적 또는 정신적 건강 또는 능력을 결정하기 위해 사용될 수 있다.

선교사 서명 _____ 날짜 _____



MISSIONARY
MEDICAL
Serving those who serve

심리치료 기록 사용 및/또는 공개 허가서

선교사 성명: _____

데저렛 뮤추얼 검증 번호: _____

본인은 이에 의하여 본인이 정신 건강 또는 정서 관련 질병을 앓게 되는 경우 아래에 열거된 각 관계자가 본인의 모든 심리치료 기록을 받고, 사용하고/또는 서로 공개할 수 있도록 허가하는 바이다.

1. 선교사 의료과를 포함한 데저렛 뮤추얼 보험 (Deseret Mutual Benefit Administrators)
2. 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사부의 대표/직원
3. 예수 그리스도 후기 성도 교회의 총관리 역원
4. 본인의 선교부 회장 및 그의 배우자
5. 본인의 원소속 스테이크 회장단 또는 지방부 회장단 및 감독단 또는 지부 회장단
6. 선교사 훈련 센터 담당자
7. 학생 건강 센터 담당자
8. 아래에 기재된 것과 같은 본인의 부모/보호자 (상자에 표시되어 있지 않은 경우 “예”라는 대답으로 간주함)

예 아니오 성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

예 아니오 성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

9. 본인의 재량으로 아래와 같이 지명한 사람:

성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

성명: _____ 관계 _____ 생년월일 _____

- 본인은 데저렛 뮤추얼의 의료 개인 정보 보호 통지서를 받아서 검토했음을 인정한다.
- 본인이 본 허가서의 사본을 받을 권리가 있음을 이해하고 있다.
- 본 허가서는 이행 일자로부터 본인이 선교사업에서 해임 받은 후 1년월까지 Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, U.S.A.에 서면으로 취소 통지서를 보내지 않는 한 동 기간 동안 유효하다.
- 취소는 향후 조치에 한해서만 유효할 것이며 본인의 취소 신청이 접수되기 전의 그 모든 조치에 대해서는 유효하지 않다.
- 준거법에 따라 달리 승인된 경우를 제외하고는 치료, 납부, 등록, 또는 받을 수 있는 건강 수당에 대한 자격 요건은 본인의 허가서 제공 여부와는 관계되지 않은 것이다. 단, 본인이 서명하기를 거부하거나 허가서를 취소할 경우 이는 본인이 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사로서 봉사하거나 계속해서 봉사할 자격에 영향을 미칠 수 있다.
- 본 허가에 따라서 사용되거나 공개되는 모든 정보는 재공개될 수 있으며 그러므로 더 이상 개인 정보 보호 규정에 따라 보호 받지 못할 수도 있다.
- 이러한 조건에 따라 허가된 보호된 건강 관련 정보의 사용 및 공개는 본인이 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사로서 봉사하는 동안 교회를 대표하여 효과적인 선교사가 되고 교회의 필요 사항을 충족시킬 수 있도록 본인의 건강을 총체적으로 관리하고 이행하기 위한 것이다.
- 보호 받아 공개될 수 있는 건강 관련 정보는 본인의 현재 진단, 징후, 치료 사항 외에도 과거 병력, 징후, 치료 사항이 포함된다. 이 정보는 선교사로서 봉사하기 위한 본인의 신체적 또는 정신적 건강 또는 능력을 결정하기 위해 사용될 수 있다.

선교사 서명 _____ 날짜 _____

양면 기입 필수

의료 관련 개인 정보 보호 통지서

데저렛 뮤추얼 보험

수신: 예수 그리스도 후기 성도 교회 전임 선교사

본 통지서에는 귀하의 의료 관련 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지, 또한 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지 설명되어 있습니다. 주의 깊게 검토해 주시기 바랍니다.

데저렛 뮤추얼 보험 ('데저렛 뮤추얼')은 선교사 의료과를 통해 선교사 건강 관리를 조정하며 이행하고자 합니다. 데저렛 뮤추얼은 교회 선교사부가 지명한 교회 산하 기관입니다. 최근 미국 정부는 데저렛 뮤추얼이 따라야 하는 새로운 개인 정보 보호 법률 및 규정을 제정했습니다. 새로운 요구 사항에 따라 귀하께 귀하의 의료 정보가 어떻게 사용되며 공개될 것인지 설명하는 본 통지서를 보내드리게 되었습니다.

1. 귀하의 건강 기록/정보를 이해함

귀하가 병원, 의사, 또는 그 외 건강 관리 제공업자를 방문할 때마다 그 방문에 대한 내용이 기록됩니다. 일반적으로 이 기록에는 귀하의 증상, 진찰 및 검사 결과, 진단, 치료, 향후 관리 또는 치료 계획이 포함됩니다. 또한 서신 및 기타 행정 서류 등이 포함될 수 있습니다.

보호된 의료 정보 (PHI)는 의료 자료에 연결하면 개인 신원 확인에 사용할 수 있는, 모든 개인 신원 분류 정보를 말합니다. 본 정보는 어떤 형태로든 (예: 문서, 전자 파일 형태, 구두 및 기타) 저장하거나 전달할 수 있습니다. 종종 건강 및 의료 기록이라 부르는 이 모든 정보는 다음과 같이 사용됩니다.

- 귀하의 건강 관리 및 치료 계획을 위한 기초 자료
- 귀하의 치료에 관여하는 여러 의료 전문가들 간 통신 수단
- 귀하가 받은 치료에 대해 설명하는 법적 서류
- 청구된 서비스가 실제로 제공되었는지 귀하 또는 제3자가 확인할 수 있는 수단
- 의료 전문가들을 위한 교육 도구
- 의학 연구를 위한 자료
- 국민 건강 개선을 담당하는 공공 의료 관리를 위한 정보원
- 시설 계획 및 마케팅을 위한 자료
- 제공된 의료 서비스와 성취된 결과를 평가하고 감독하기 위한 도구

2. 귀하의 의료 정보에 대한 권리

데저렛 뮤추얼이 소유한 귀하의 건강 기록 부분에 대해서 귀하는 다음과 같은 권리를 지니게 됩니다.

- 본인의 건강 기록을 점검하고 얻을 수 있는 권리
- 본인의 건강 기록을 수정할 수 있는 권리
- 본인의 정보에 대한 특정 사용 및 공개에 대해 제한을 요청할 수 있는 권리
- 본인의 건강 정보 공개에 대한 보고서를 구할 수 있는 권리 (치료, 납부 및 의료 서비스 이행 목적 외)
- 다른 방법을 통해 또는 다른 장소에서 본인의 의료 정보 전달을 요구할 수 있는 권리
- 이미 조치가 취해진 경우를 제외하고는 의료 정보를 사용하며 공개하도록 한 본인의 허가를 취소할 수 있는 권리

3. 자사의 책임

데저렛 뮤추얼은 다음 사항을 이행해야 합니다.

- 귀하의 개인 의료 정보 보호를 보존함
- 데저렛 뮤추얼이 귀하에 대해 수집하며 보존하는 정보에 대해 자사의 법적 책임 및 개인 정보 보호 관행이 담긴 통지서를 귀하께 제공함
- 본 통지서의 조항들을 지킴
- 귀하가 요청한 제한 사항에 동의하지 못할 경우 귀하에게 통보함
- 다른 방법으로 또는 다른 장소에서 의료 정보를 전달하고자 하는 귀하의 요청을 합리적인 범위 내에서 수용함

자사는 치료, 납부, 의료 서비스 또는 법률의 규정에 의한 경우를 제외하고 귀하의 PHI를 귀하의 허가 없이 사용하거나 공개하지 않을 것입니다.

자사는 자사가 보존하는 모든 PHI에 대해 우리의 관행을 변경하고 새로운 규정을 실시할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 이러한 변경이 있을 경우 서면으로 귀하께 통보할 것입니다.

4. 추가 정보 요청 또는 문의 사항 요청

질문이 있거나 추가 정보를 원하신다면 데저렛 뮤추얼 컴플라이언스 전문가 또는 관리인에게 전화 (1-801-578-5650 또는 1-800-777-3622)이나 우편 (P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, U.S.A.) 또는 팩스 (1-801-578-5907) 로 연락하실 수 있습니다.

귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 데저렛 뮤추얼 컴플라이언스 전문가 또는 관리인, 또는 미국 민권 사무소 (OCR) 에 고소 제기를 할 수 있습니다. 고소 제기는 서면으로 해야 하며 우편 또는 전자메일 둘 중 하나로 할 수 있습니다. OCR은 웹사이트에서(www.hhs.gov/ocr/hipaa/) 고소 제기 방법에 대해 추가 정보를 얻을 수 있습니다. 불평 제기에 대한 보복이 없을 것임을 알려 드립니다.

5. 치료, 납부 및 의료 서비스 이행을 위한 사용 및 공개

- **치료, 납부 및 의료 서비스 이행:** 자사는 귀하의 건강 정보를 치료, 납부 및 의료 서비스 이행을 위해 사용할 수 있습니다. 예를 들면, 치료에 관해서 간호사, 의사, 또는 그 외 귀하의 건강 관리 팀이 획득한 정보는 기록에 남게 될 것이며 귀하를 위해 가장 효과적인 치료 방식을 결정하는 데 사용될 것입니다. 납부와 관해서는, 귀하 또는 제 3의 납부자에게 청구서가 보내질 수 있습니다. 의료 서비스 이행과 관해서는 이용 개선 또는 의료 서비스 비용 절감 방식을 연구하기 위해 귀하의 의료 정보를 사용할 수 있습니다.

6. 법률에 따라 허용되거나 요구되는 사용 및 공개

- **미국 식품의약청 (FDA):** 자사는 상품 회수, 수리, 교체를 할 수 있도록 식품, 영양 보조품, 상품 및 상품의 하자, 또는 마케팅 이후 감시 정보에서 해로운 사건과 관련된 의료 정보를 FDA에 공개할 수 있습니다.
- **공공 건강:** 법률에 따라 요구되는 바와 같이, 자사는 질병 예방 또는 통제 책임을 담당하는 공공 건강 또는 법적 관리인에게 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **교정 시설:** 귀하가 교정 시설에 입소할 경우 자사는 귀하의 건강 및 타인의 건강과 안전을 위해 필요한 PHI를 그 시설 또는 시설의 직원에게 공개할 수 있습니다.
- **법률 집행:** 자사는 법률에 근거하여 또는 유효한 소환장에 응하여 법률 집행 목적을 위해 특정 PHI를 공개할 수 있습니다.