



## 보호된 건강 정보(PHI)의 사용 및 공개 제한 요청

요청 날짜: \_\_\_\_\_

회원 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

회원 CIN 번호: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

CalOptima Health가 치료, 지불 및 의료 관리 운영 목적으로 본인의 보호된 건강 정보(PHI, Protected Health Information)를 사용하거나 공개(방출)할 수 있음을 이해합니다. CalOptima Health는 또한

가족이나 친구와 같이 본인의 치료 또는 치료비 지불에 관련된 사람에게 정보를 공개할 수 있습니다.

CalOptima Health가 본인의 요청에 동의할 의무가 없음을 이해합니다.

저는 CalOptima Health의 보호된 건강 정보(PHI) 사용 및 공개에 대한 제한을 요청합니다. 제가 제한하고자 하는 정보는 다음과 같습니다:

CalOptima Health의 다음 사항을 제한하고자 합니다:

- ☐ 이 정보의 사용
- ☐ 이 정보의 공개
- ☐ 이 정보의 사용 및 공개

다음 개인/단체(예: 배우자)에게 제한 사항이 적용되기를 바랍니다: \_\_\_\_\_

### 사용 및 공개

CalOptima Health가 제한에 동의하더라도 다음과 같은 상황에서 정보가 공유될 수 있습니다:

- 응급 의료 상황에서 응급 치료를 위해 제한된 정보가 필요한 경우. 단, 응급 상황에서 정보가 공개되는 경우, CalOptima Health는 수신자에게 다른 목적으로 정보를 사용하거나 공개하지 말라고 알릴 것입니다.
- 보건 기관 감독 활동을 위한 목적
- 법률에 따라 필요한 사용 또는 공개 목적
- 제한에 동의한 경우, 서면으로 해지
- 본인은 해지에 구두로 동의하며, 구두 합의는 문서로 작성되었습니다.
- CalOptima Health가 본인에게 계약을 해지한다는 사실을 알립니다. 이런 경우, 해지는 본인이 해지 통지를 받은 후 CalOptima Health가 생성하거나 수신한 PHI에 대해서만 적용됩니다.



### **MEDI-CAL 치료 관리 하에서의:**

개인정보 보호 권리에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health 개인정보 보호 관행 사본을 참조하십시오. 웹사이트 [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)에서 사본을 확인하실 수 있으며, CalOptima Health 고객 서비스 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분 사이 연락하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있는 회원은 TDD/TTY **711**번으로 전화하실 수 있습니다. 저희 직원이 귀하의 언어로 도와드립니다.

개인정보 보호권이 침해되었다고 생각되시면 CalOptima Health 또는 Department of Health and Human Services (보건복지부) 장관에게 불만을 제기하실 수 있습니다. CalOptima Health에 불만을 제기하시려면 CalOptima Health 고객 서비스 부서 번호 **1-714-246-8500** 으로 연락하시거나 다음 주소로 편지를 보내주십시오:

**ATTN Customer Service Department**  
**CalOptima Health**  
505 City Parkway West  
Orange CA 92868

회원이 불만 사항을 제기하거나 이 공지서에 있는 개인정보 보호 권리를 사용하기로 선택한 경우 CalOptima Health는 회원의 건강 관리 혜택을 박탈하거나 어떠한 방법으로든 회원에게 피해를 주는 조치를 취할 수 없습니다.

### **서명:**

회원 서명: \_\_\_\_\_

공인 대리인의 경우(법적 문서를 포함하세요):

인쇄체 이름: \_\_\_\_\_ 원과의 관계: \_\_\_\_\_