

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires mental health professionals to issue this official Notice of Privacy Practices. This notice describes how information about you is protected, the circumstances under which it may be used or disclosed and how you may gain access to this information. Please review it carefully.

HIPPA 에 의해 정신건강 의료인은 사생활 보호에 관한 고지를 하게 되어있습니다. 환자의 개인정보가 어떻게 보호되는지, 노출될 수 있는 상황은 무엇인지, 자신의 개인정보를 요구하는 방법은 무엇인지에 대한 고지입니다.

**Who Will Follow This Notice:** Any health care professional authorized to enter information into your medical record, all employees, staff, and other personnel at this practice who may need access to your information must abide by this Notice. All subsidiaries, business associates (e.g., a billing service), sites and locations of this practice may share medical information with each other for treatment, payment purposes or health care operations described in this Notice. Except where treatment is involved, only the minimum necessary information needed to accomplish the task will be shared.

고지 내용 이행 의무가 있는 자: 환자의 치료 기록을 작성하거나 접근할 수 있는 의료인 및 관련 스태프는 반드시 이 고지 내용을 따라야 합니다. 비지니스 로케이션, 관련 자회사, 비지니스 관계자 (예, 청구 서비스) 등은 서로 치료, 납부, 사업 운용 등의 목적으로 의료 정보를 공유할 수 있습니다. 치료행위가 이루어지는 곳이 아니라면, 최소한의 필요한 정보만 공유하게 되어 있습니다.

**Uses and Disclosures for Treatment, Payment, and Health Care Operations:** I may use or disclose your Protected Health Information (PHI), for treatment, payment, and health care operations purposes.

치료자는 치료, 치료비용, 비지니스 운영의 목적으로 환자의 보호받는 건강 정보 (PHI)를 사용하거나 노출할 수도 있습니다.

The following should help clarify these terms:

PHI refers to information in your health record that could identify you. For example, it may include your name, the fact you are receiving treatment here, and other basic information pertaining to your treatment.

• **PHI**는 건강 기록 중 환자의 신상을 드러낼 수 있는 정보를 말합니다. 예를 들어 당신의 이름, 치료 중인 사실, 치료와 관련된 다른 기본 정보를 포함할 수 있습니다.

• **Use** applies only to activities within my office and practice group, such as sharing, employing, applying, utilizing, and analyzing information that identifies you.

사용이라 함은 치료자의 오피스 혹은 프락티스 그룹 안에서 환자 신상이 드러나는 정보를 공유, 적용, 분석하는 등의 행위를 말합니다.

• **Disclosure** applies to activities outside of my office or practice group, such as releasing, transferring, or providing access to information about you to other parties.

공개라 함은 치료 행위가 발생하는 곳 이외의 곳에서 정보의 유출, 이전, 혹은 다른 단체에 환자 정보 접근을 허락하는 등의 외부적 행위를 말합니다.

• **Authorization** is your written permission to disclose confidential health information. All authorizations to disclose must be made on a specific and required form.

권한부여라 함은 비밀보장이 되는 건강 정보에 대해 공개할 수 있는 환자의 서면을 통한 허락을 일컫습니다. 공개에 대한 모든 권한부여는 구체적이고 일정 양식을 지켜야 합니다.

• **Treatment** is when I provide, coordinate, or manage your health care and other services related to your health care. For example, with your written authorization I may provide your information to your physician to ensure the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

치료라 함은 환자 건강과 관련, 치료자가 제공하는 헬스 케어를 말합니다. 예컨대 환자의 서면 양식을 통한 권한부여를 통해, 치료자는 다른 의사에게 환자의 치료 관련 정보를 제공함으로써 그 의사가 적절한 의학적 진단이나 치료를 하도록 도울 수 있습니다.

• **Payment** Your PHI may be used, as needed, in activities related to obtaining payment for your health care services. This may include the use of a billing service or providing you documentation of your care so that you may obtain reimbursement from your insurer.

치료비용 환자의 헬스 케어 서비스 비용과 관련되어 PHI 가 사용될 수 있습니다. 예를 들어 청구서 발부, 환자의 보험회사 청구와 관련하여 환자의 PHI 를 사용할 수 있습니다.

• **Health Care Operations** are activities that relate to the performance and operation of my practice. I may use or disclose, as needed, your protected health information in support of business activities. For example, when I review an administrative assistant's performance, I may need to review what that employee has documented in your record.

헬스 케어 운영이라 함은 치료자의 치료 및 운영과 관련된 행위를 일컫습니다. 치료자는 비지니스 행위를 위해 환자의 PHI 를 사용 또는 노출할 수 있습니다. 예를 들어 치료자로서 관리직 직원의 수행 평가를 위해 환자 기록 기입 사항을 검토할 수 있습니다.

**Written Authorizations to Release PHI:** Any other uses and disclosures of your PHI beyond those listed above will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke your authorization at any time, in writing.

**PHI 유출에 대한 서면 권한부여:** 위의 내용을 제외하고, 환자의 건강정보는 서면 허락이 있을 때에만 사용될 수 있습니다. 환자는 언제든지 유출에 대한 허락을 취소했고, 서면일 때에만 효력이 발생합니다.

**Uses and Disclosures without Authorization:** The ethics code of the American Psychological Association, California State law, and the federal HIPAA regulations all protect the privacy of all communications between a client and a mental health professional. In most situations, I can only release information about your treatment to others if you sign a written authorization. This authorization will remain in effect for a length of time you and I determine. You may revoke the authorization at any time, unless I have taken action in reliance on it. However, there are some disclosures that do not require your Authorization. I may use or disclose PHI without your consent in the following circumstances:

**권한부여없이 사용 또는 유출이 가능할 경우:**

- **Child Abuse (아동학대).** If I have a reasonable suspicion that a child may be abused or neglected, I must report this belief to the appropriate authorities.
- **Elderly Abuse (노인학대).** If I have a reasonable suspicion that an individual such as an elderly or disabled person has been abused, neglected, or financially exploited, I must report this to the appropriate authorities.
- **Health Oversight Activities (감사 행위).**

I may disclose your PHI to a health oversight agency for oversight activities authorized by law, including licensure or disciplinary actions. If a client files a complaint or lawsuit against me, I may disclose relevant information regarding that patient in order to defend myself.

법에 의해, 치료자의 의료행위 감사에 필요한 경우; 환자가 치료자에 대해 항의 신고 또는 소송을 걸었을 시, 치료자는 자신을 변호하기 위해 환자의 관련 정보를 유출할 수 있습니다.

- **Judicial and Administrative Proceedings (법률 소송).**

If you are involved in a court proceeding and a request is made for information by any party about your treatment and the records thereof, such information is privileged under state law, and is not to be released without a court order. Information about all other psychological services (e.g., psychological evaluation) is also privileged and cannot be released without your authorization or a court order. The privilege does not apply when you are being evaluated for a third party or where the evaluation is court ordered. You must be informed in advance if this is the case.

환자가 법정 소송에 연루될 때, 소송 관련자가 환자의 치료관련 혹은 심리검사 내용을 요구할 시라 할지라도, 치료자는 법원 명령없이 유출하지 않을 수 있습니다. 다만 환자가 제 3자를 위해 심리검사 및 정신감정을 받을 시, 혹은 법원이 명령한 경우에는 환자의 비밀보장 권리는 보장받지 못합니다.

- **Serious Threat to Health or Safety (건강과 안전에 대한 심각한 위협).**

If you communicate to me a specific threat of imminent harm against another individual or if I believe that there is clear, imminent risk of injury being inflicted against another individual, I may make disclosures that I believe are necessary to protect that individual from harm. If I believe that you present an imminent, serious risk of injury or death to yourself, I may make disclosures I consider necessary to protect you from harm.

환자가 신원을 알 수 있는 타인 (예, 아내나 남편)에 대해 즉각적 신체적 위협을 가하겠다는 구체적 협박을 치료자에게 알릴 경우, 혹은 치료자가 그러한 즉각적 위협이 환자에게 있다고 판단하는 경우, 치료자는 해당 타인을 보호하기 위하여 관련 기관 (예, 경찰서)에 정보를 유출해야 합니다. 혹은 환자가 자기 자신에게 심각한 위협을 가하거나 자살을 할 즉각적 위협이 높다고 판단할 경우에도 환자의 보호를 위해 정보를 유출할 수 있습니다.

- **Worker's Compensation (노동자 손해배상).**

I may disclose PHI regarding you as authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation or other similar programs, established by law, that provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.

환자가 위의 클레임을 진행중일 때, 법의 명령에 따라 환자의 건강기록에 대해 유출할 수도 있습니다.

**Special Authorizations (특별한 권한부여):**

Certain categories of information listed as below have extra protections by laws, and thus require special written authorizations for disclosures.

특정 정보의 경우 더 강력한 법의 보호를 받고, 그러한 정보를 유출해야 할 시, 환자의 서면 동의를 받을 것입니다. 다음의 내용은 "특정 정보"로 분류됩니다. • **Psychotherapy Notes (심리치료 노트).** • **HIV Information.** • **Alcohol and Drug Use Information (알콜 또는 약물 사용 관련 정보)**

**Patient's Rights (환자의 권리):**

• **Right to Request Restrictions** –You have the right to request restrictions on certain uses/disclosures of PHI. However, I am not required to agree to the request.

환자는 자신의 건강 정보의 사용, 유출 관련 제약을 요청할 권리가 있습니다. 하지만 철자는 환자의 요청을 거절할 수 있습니다.

• Right to Receive Confidential Communications by Alternative Means – You have the right to request and receive confidential communications by alternative means and locations. (For example, you may not want a family member to know that you are seeing me. On your request, I will send your bills to another address.) • Right to Inspect and Copy – You have the right to request an amendment of PHI for as long as it is maintained in the record. I may deny your request. If so, I will discuss with you the details of the amendment process. • Right to an Accounting – You generally have the right to receive an accounting of all disclosures of PHI. I can discuss with you the details of the accounting process. • Right to a Paper Copy – You have the right to obtain a paper copy of the Notice of Privacy Practices from me upon request.

• 환자는 비밀 보장을 유지를 위해 대체 방법으로 연락을 주고 받을 수 있습니다. 가령, 함께 사는 가족에게 치료사실을 알고 싶지 않은 이유로, 요청에 의해 집주소가 아닌 다른 주소로 치료 청구서를 받아볼 수 있습니다. • 환자는 자신의 건강기록을 열람하고 복사본을 요구할 권리가 있습니다. 다만 치료자는 또한 환자는 자신의 건강기록 내용 수정을 요청할 수 있지만, 치료자는 그 요청을 거부할 수 있습니다. • 환자는 개인정보 유출과 관련된 설명을 들을 권리가 있습니다. • 환자는 개인정보 프락티스에 관한 페이퍼 카피를 요구할 수 있습니다.

**Psychologist's Duties:** • I am required by law to maintain the privacy of PHI and to provide you with a notice of my legal duties and privacy practices with respect to PHI. • I reserve the right to change the privacy policies and practices described in this notice. Unless I notify you of such changes, however, I am required to abide by the terms currently in effect. • If I revise my policies and procedures, I will notify you at our next session, or by mail at the address you provided me. **Complaints:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized or discriminated against for filing a complaint.

**심리학자의 의무:** • 환자의 건강정보를 보호해야 합니다. 치료자로서 환자에게 환자의 건강정보와 관련된 법적 의무와 관행에 대한 고지를 해야합니다. • 치료자는 고지의 내용을 변경할 권리가 있습니다. 변경되기 전까지는 현재의 내용에 효력이 있음을 알립니다. • 치료와 관련 방침과 절차를 변경할 경우, 치료자는 즉각 환자에게 알릴 것입니다. • 환자가 자신의 비밀보장 권리가 침해되었다고 생각할 때 Secretary of the Department of Health and Human Services 당국으로 서면 항의를 할 수 있습니다. 항의 내용을 제출했다는 이유로 치료자로부터 보복이나 차별을 당하지 않을 것입니다.

**Effective Date, Restrictions, and Changes to Privacy Policy:** This notice will go into effect on October 1, 2016 and remain so unless new notice provisions effective for all protected health information are enacted accordingly.

위 고지는 10/1/2016 에 효력이 발생하였고, 새로운 고지가 있지 않는 한 현재의 효력은 유지 될 것입니다.