

개인정보 관련 불만사항 양식
(불만사항 접수에 대한 정보는 뒷면 참조)

환자의 성	이름	중간이름 이니셜
, ,		
케이스 번호		
시설	부서	

안내 사항: 양식 사본을 환자에게 제공하십시오! 환자의 케이스 기록 사본을 1 부 준비하십시오.

개인정보 관련 불만사항

불만사항에 대한 설명(부적절하게 이용/공개되었다고 생각하는 정보와 그 사람을 포함):

원하는 조치:

서명자인 본인은 본인의 기밀 정보와 관련하여 이 불만사항을 접수합니다.

(환자 서명)

(필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

(환자 성명을 인쇄체로 기입)

(부모/보호자 이름을 인쇄체로 기입)

(날짜)

(날짜)

시설 조치:

___ 불만사항 검토 날짜 ____.

책임자/부책임자

날짜

불만사항 및 신고 위반

환자는 의료 정보의 기밀성 및 프라이버시와 관련된 불만사항을 접수할 권리를 가집니다. 환자는 개인정보 보호 관련 불만사항 제기 양식(이 양식의 뒷면)을 작성하여 다음에 제출할 수 있습니다.

- ATC Administrator;
- Bureau of Addictions Treatment Centers, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203, 또는
- OASAS Privacy Official. , 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

불만사항은 그 내용을 바탕으로 해당 담당자가 검토합니다. 해당 개인은 개인정보 보호 관련 불만사항 해결 양식을 작성합니다. 사본은 OASAS Privacy Official, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203 으로 전달합니다.

환자는 또한 다음에 불만사항을 등록할 수도 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services,
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York, 10278

음성 메시지 (212) 264-3313.
팩스 (212) 264-3039.
TDD (212) 264-2355
OCR 핫라인-음성: 1-800-368-1019