

학교 기반 보건 센터

건강 기록 양식



귀하의 자녀에게 양질의 돌봄을 제공하는 데 도움이 되도록 이 양식을 작성해 주십시오. 귀하의 자녀는 건강 검진을 위해 보건 센터에 초대되어 체중, 키, 혈압 및 예방 접종 기록을 검토하고 건강 위험 평가를 완료하게 됩니다. 자녀의 건강과 학습 준비를 지원하기 위한 권장 사항에 대해 보건 센터에서 연락을 드릴 것입니다. 백신을 접종하기 전에 부모/보호자의 추가 동의가 필요합니다. 자녀에게 건강 문제가 있어 예약이 필요한 경우 보건 센터에 연락하십시오.

학생	이름	성	생년월일
양식 작성자의 정자체 이름	학생과의 관계(본인이 아닌 경우)		양식을 작성한 날짜
연락하기 가장 좋은 전화번호	통화하기 가장 좋은 시간		

자녀에 대한 질문:

예 아니요 자녀에게 주치이나 클리닉이 있습니까?
서비스 제공자 이름: _____ 클리닉: _____ 전화: _____

예 아니요 자녀가 지난 1년 이내에 아동 건강 검진이나 전체 신체 검사를 받았습니까?

예 아니요 자녀가 지난 1년 동안 치과의를 방문한 적이 있습니까?

예 아니요 자녀에게 의약품이나 기타 물질에 알레르기가 있습니까?
(설명): _____

예 아니요 자녀가 의약품을 복용합니까? (비타민과 일반 의약품 포함)

의약품	복용량	이유

예 아니요 자녀에게 현재 진행 중이거나 우려되는 건강 문제가 있습니까?
(설명): _____

예 아니요 자녀가 병원에 입원하거나 수술을 받은 적이 있습니까?
(설명): _____

예 아니요 자녀에게 학교/학습 요구사항이나 우려사항이 있습니까?
 출석 문제 성적 저하 또는 낙제 특수 교육 기타: _____

예 아니요 자녀의 건강에 대해 다른 우려사항이 있습니까? (예: 지나친 걱정, 스트레스, 우울증, 불안 등)
(설명): _____

가족에 대한 질문:

귀하의 집에 누가 살고 있습니까?
자녀가 다른 집에 살고 있다면 그곳에 누가 살고 있습니까?

예 아니요 지난 1년 동안 가족에게 큰 변화나 어려움이 있었습니까?
예인 경우, 설명: _____

예 아니요 자녀와 함께 사는 사람이 담배, 시가, 전자 담배 또는 마리화나를 피우니까?

예 아니요 가족을 부양하기에 충분한 음식이나 돈이 없을까봐 걱정되십니까?

예 아니요 집에 충기가 있습니까? 있다면 잠겨 있습니까? 예 아니요

예 아니요 자녀가 입양되었습니까?

가족 건강 기록 (해당 항목 모두 체크)

가족 구성원	알려진 문제 없음	알코올/약물 남용	관절염	천식	암	심장 질환	우울증	당뇨병	고 콜레스테롤	고혈압	신장 질환	정신 질환	뇌졸중	시력 문제
어머니														
아버지														
기타 가족 구성원:														
기타 가족 구성원:														

질병이나 만성 질환의 다른 가족력이 있습니까?



학교 기반 보건 센터

환자 등록 양식

귀하의 자녀에게 양질의 돌봄을 제공하는 데 도움이 되도록 이 양식을 모두 작성해 주십시오. 이 동의는 해가 바뀌어도 유효합니다. 서비스에 대한 동의를 철회하려면 서면으로 요청하십시오. Community Health Center of Snohomish County(CHC)의 비영리 지위 및 자금 출처 때문에 이러한 등록 질문이 필요합니다(회색). 귀하는 이러한 질문에 대한 답변을 거부할 권리가 있습니다. 귀하가 제공한 정보는 커뮤니티에 더 나은 서비스를 제공하기 위해 일반적인 인구 통계 데이터를 수집하는 것 이외의 다른 목적으로 공유되거나 사용되지 않습니다.

섹션 1-6을 작성하십시오.

1. 학생 정보 및 인구 통계					
성	이름	중간 이름	이전 성	선호하는 이름	
학생 ID 번호	생년월일 / / 월 일 년		출생 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	이전 성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 논바이너리	
우편 주소	아파트	두 번째 주소(다른 경우)			아파트
시	주	우편번호	시	주	우편번호
부모 전화 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장			학생 전화 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장		
부모 이메일 주소			학생 이메일 주소		
약속 알림 기본 설정(한 항목 선택) 부모 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 전화 통화			약속 알림 기본 설정(한 항목 선택) 부모 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 전화 통화		
성 정체성	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더(남성에서 여성으로) <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더(여성에서 남성으로) <input type="checkbox"/> 비공개 <input type="checkbox"/> 퀘스처닝 <input type="checkbox"/> 논바이너리/젠더 쿼어				
성적 지향	<input type="checkbox"/> 스트레이트 <input type="checkbox"/> 레즈비언 <input type="checkbox"/> 양성애자 <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 게이 <input type="checkbox"/> 쿼어 <input type="checkbox"/> 범성애자 <input type="checkbox"/> 비공개				
선호하는 대명사	<input type="checkbox"/> 그녀, 그녀를, 그녀의 것 <input type="checkbox"/> 그들, 그들을, 그들의 것 <input type="checkbox"/> 비공개 <input type="checkbox"/> 그, 그를, 그의 것 <input type="checkbox"/> 기타: _____				
귀하는 히스패닉 또는 히스패닉-라틴계입니까?	<input type="checkbox"/> 예, 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 히스패닉이나 라틴계 아님 <input type="checkbox"/> 비공개				
귀하의 인종 또는 가족 배경은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 하나 이상의 인종 <input type="checkbox"/> 식별 거부				
귀하는 미국 재향 군인입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
귀하의 고용 상태는 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 아동 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 아르바이트 <input type="checkbox"/> 미취업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 계절 근로자 <input type="checkbox"/> 현역 군복무 <input type="checkbox"/> 학생				
귀하가 선호하는 문자 언어는 무엇입니까?			통역이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
2. 부모/보호자(환자가 18세 미만인 경우)					
부모/보호자의 성		부모/보호자의 이름		생년월일 / /	성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
우편 주소		아파트	환자와의 관계 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> 기타		
시	주	우편번호	전화 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장		

이 양식은 역방향으로 계속됩니다. 모든 섹션을 작성해 주십시오. ➡

학교 기반 보건 센터 환자 등록 양식

역방향으로 계속됩니다.



3. 보험

보험이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
보장 정보를 기재하십시오.	보험 이름	발효일	
	그룹 플랜 번호	회원 ID 번호	
	가입자/보험 계약자 이름	가입자 생년월일	
슬라이딩 요금 할인 프로그램에 관심이 있으십니까?	귀하가 건강 보험이 없거나 건강 보험이 보장하지 않는 비용을 지불하는 데 도움이 필요한 경우 우리는 슬라이딩 요금 할인을 제공합니다. 프로그램 자격 및 최소 비용은 가족 규모와 소득을 기준으로 합니다. 더 자세한 정보를 얻고 지원하기 위해 자격 전문가를 만나보시겠습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

4. 추가 질문(환자인 경우 직접 답변하거나 환자가 미성년자인 경우 법적 보호자가 대신 답변해 주십시오.)

연간 또는 월간 소득	귀하의 가구의 연간 총 소득은 얼마입니까?	\$	귀하의 가구의 연간 총 소득은 얼마입니까?	\$
가구의 총 인원	연방 소득세 신고서에 보고된 가족 구성원 수:			
귀하는 노숙자입니까 아니면 임시 보호소에 있습니까?	<input type="checkbox"/> 노숙자가 아님 <input type="checkbox"/> 공유 주거 시설 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 영구 지원 주택 <input type="checkbox"/> 공공 주택 <input type="checkbox"/> 보호소 <input type="checkbox"/> 보호소 <input type="checkbox"/> 임시			
이민자/계절 근로 신분	지난 2년 동안 어느 시점에서든 계절 근로 또는 이민자 농장 근로가 귀하나 가족의 주요 수입원이었습니까?		<input type="checkbox"/> 농장 근로 없음 <input type="checkbox"/> 예, 이민자 농장 근로 <input type="checkbox"/> 예, 계절 농장 근로	
Neighborcare Health에 대해 어떻게 알게 되었습니까? (해당 항목 모두 표시)	<input type="checkbox"/> 친구 또는 가족 <input type="checkbox"/> 보험 <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 기타 비 Neighborcare 서비스 제공자 <input type="checkbox"/> 편리한 위치/집에서 가까운 <input type="checkbox"/> 기타 커뮤니티 그룹 또는 프로그램 <input type="checkbox"/> 소셜 미디어(페이스북, 트위터, 인스타그램) <input type="checkbox"/> 광고(게시판, 버스, 신문) <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 기타			

5. 개인정보 보호 통지서

이로써 본인은 CHC의 개인정보 보호 관행 통지서를 받았음을 인정합니다. 본인은 Snohomish 카운티의 CHC가 전화, 문자 메시지, 이메일 또는 음성 메일을 통해 약속 알림, 검사 결과, 치료 옵션 또는 기타 건강 관련 혜택 및 서비스에 대해 본인에게 연락할 수 있다는 것을 이해합니다.	이니셜
---	-----

6. 공개 및 동의 서명

정보 인증 및 치료 동의: 본인은 CHC에 보고한 등록 정보가 현재 정확함을 인증하며, 정보를 의도적으로 잘못 표시하면 제공된 서비스에 대한 전체적인 책임을 본인이 지게 될 수 있음을 이해합니다. 본인은 의료, 정신 건강 및 치과 직원이 본인의 건강 문제의 진단 및 치료에 전문적이고 의학적으로 필요하거나 권장되는 것으로 간주되는 입증된 치료 및 치료법을 사용하는 것을 허락합니다. 본인은 의사, 개업 간호사, 의사 보조 또는 기타 유면허 직원이 의료 서비스를 제공할 수 있음을 이해합니다. 본인은 유면허 사회복지사, 유면허 정신 건강 상담사 또는 기타 유면허 직원이 정신 건강 진료를 제공할 수 있음을 이해합니다. 본인은 워싱턴주 치과 진료법에 따라 유면허 치과 의사, 치과 위생사, 치과나 보건위생학과 학생 또는 교육받은 자원봉사자가 치과 진료를 제공할 수 있음을 이해합니다. 이 승인은 선임 의료/치과 책임자에게 서면 통지함으로써 동의를 취소하지 않는 한 유효합니다. 양도 및 공개는 CHC가 관련 서비스에 대해 지불 가능한 혜택을 판별하는 데 필요한 모든 정보를 본인의 보험 회사, CMS 또는 DSHS에 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 이로써 본인은 중권을 갖고 있는 모든 보험사에 본인에게 서비스를 제공한 의료 제공자에게 보험 증권의 모든 혜택에 대한 비용을 직접 지불할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 지정된 보험에서 전액을 지불하지 않은 모든 비용을 전액 지불하는 데 동의합니다.

서명	환자와의 관계	날짜
		/ /

의료 서비스에 대한 동의



CHC의 학교 기반 보건 센터는 Edmonds 교육구에 있습니다. 연방법 또는 주법에서 학생이 부모/보호자의 동의 없이 치료를 받을 수 있도록 허용하는 상황을 제외하고 CHC는 서비스를 제공하기 전에 부모 또는 법적 보호자의 동의서에 서명해야 합니다. 학생들은 학교 간호사로부터 서비스를 받기 위해 보건 센터에 등록할 필요가 없습니다.

본인은 다음을 요청하고 승인합니다: (아래에 학생 이름을 정자체로 기입하십시오.)

이름	중간 이름 이니셜	성	생년월일 / /
----	-----------	---	-------------

CHC SBHC 직원이 필요하다고 판단하는 의료 서비스를 받습니다. 이러한 서비스에는 정신 건강 상담, 정기 건강 검진, 자연 요법, 스포츠 신체 검사, 아동 또는 청소년 보호, 급성 질환 및 부상의 평가 및 치료, 예방 접종, 혈액 검사, 사진, 엑스레이, 치과 및 불소 치료 서비스가 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다. SBHC 직원은 학생들에게 제공하는 진료에 가족이 참여하는 것을 권장합니다. 그러나 본인이 참석할 수 없는 경우 본인이 없는 상태에서 자녀가 서비스를 받는 것을 승인합니다. 이 서비스는 대면이나 전화 또는 가상 원격 의료 방문을 통해 원격으로 이루어질 수 있습니다. 또한 CHC SBHC 직원이 필요하다고 간주하는 진료 의뢰 및 필요한 경우 다른 의사, 의료 전문가, 병원, 클리닉 또는 의료 기관으로의 긴급 이송에 대해서도 동의합니다. 이 승인은 학생이 동의할 수 없는 경우를 제외하고 학생의 동의 없이 서비스를 제공하는 것을 허용하지 않습니다. CHC는 의료, 치과 및 정신 건강 관리를 포함한 가정 의료 환경을 만들기 위해 최선을 다하고 있으며 CHC는 환자와 서비스 제공자 간의 장기적인 관계를 장려합니다. CHC는 진료를 조정하여 지역사회와 다른 서비스 제공자가 우리가 서비스를 제공하는 환자를 진료할 수 있도록 협력합니다.

주법 및/또는 연방법에 따라 진료에 대한 동의서가 제공되면 의료 정보가 기밀로 유지됩니다. 다음과 같은 몇 가지 예외가 있습니다:

1. 환자 또는 부모/보호자가 서명한 정보 공개 양식을 통해 허락하는 경우.
2. 환자가 자신이나 타인에게 임박한 해를 입을 위험이 있음을 나타내는 경우.
3. 환자가 생명을 위협하는 건강 문제가 있으며 18세 미만인 경우.
4. 학대나 방치가 의심되는 이유가 있는 경우.
5. 특정 전염병을 공중 보건 당국에 보고해야 하는 경우.

위에 언급된 학생에게 최상의 진료를 제공하기 위해 정신 건강 치료사, 개업 간호사 또는 의사 보조와 학교 간호사 간의 정보 교환을 포함하여 SBHC의 의료 제공자와 필요한 정보를 공유하는 데 동의합니다. 진료 조정을 용이하게 하기 위해 SBHC의 CHC 직원이 학생의 SBHC 의료 기록에 접근할 수 있습니다. 학교 간호사가 SBHC의 의료 제공자가 처방한 대로 일반 의약품(예: 이부프로펜, 타이레놀, 텀스 등)을 투여하는 데 동의합니다.

학생들은 또한 CHC의 의료 또는 치과 클리닉에서 독립적으로 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이 동의가 있으면 Snohomish 카운티 의료 및 치과 클리닉의 모든 CHC에서 서비스를 받을 수 있습니다. 클리닉 위치 목록을 보려면 당사 웹사이트 chcsno.org를 방문하십시오. 약속을 잡으려면 CHC에 425-789-3789 번으로 전화하십시오.

학생이 CHC SBHC가 있는 학교에 등록되어 있거나 다른 CHC 클리닉에서 서비스가 제공되는 기간 동안 CHC가 제공하는 서비스에 대한 동의가 승인됩니다. SBHC에 서면으로 언제든지 이 동의를 철회할 수 있습니다.

학생 서명: (13세 이상인 경우 필요함)	날짜: / /
부모/보호자 서명:	날짜: / /
법적 책임이 있는 보호자의 이름(정자체):	관계:

미성년자 동의에 대한 중요한 추가 정보

워싱턴 주법에 따라 SBHC는 필요한 경우 학생들이 외부 진료에 접근할 수 있도록 서비스를 제공하고 지원합니다. 워싱턴 주법에 따라 청소년은 부모/보호자의 동의 없이 연령에 관계없이 독립적으로 생식 건강 관리에 접근할 수 있습니다. 청소년(13세 이상)은 부모/보호자의 동의 없이 독립적으로 약물 및 알코올 서비스와 정신 건강 상담을 받을 수 있습니다. SBHC는 학생들이 가능하면 건강 관리 결정에 부모나 보호자를 참여시키도록 권장합니다. 해당되는 경우 SBHC는 학생이 이러한 상황을 부모/보호자와 논의하는 데 도움을 줄 것입니다. 청소년은 치료에 대한 동의를 제공할 수 있기 때문에 임신 및 성병(HIV/AIDS 검사 포함)에 대한 정보 공개에 대해 법적으로 동의가 필요합니다. 알코올 및 약물 또는 정신 건강 상담에 대한 정보 공개에 대해 법적으로 13세 이상 학생의 경우 본인 동의 및 12세 이하 학생의 경우 부모/보호자의 동의가 필요합니다. 미성년자 동의에 대해 자세히 알아보려면 www.washingtonlawhelp.org를 방문하여 "미성년자 동의 (Minor Consent)"를 검색하십시오.

학교 기반 보건 센터 치과 치료 동의

☑ 보건 센터 등록에 필요함
보건 센터 등록에 필요한 모든 양식을 작성하여 제출하십시오.



학교:		교실 번호:	MRN: (행정용)
부모 또는 보호자님 귀하: 자녀의 치아 건강에 대해 알려드리기 위해 자녀의 학교에서 치과 서비스를 제공하고 있습니다. 이 서비스는 귀하에게 부담되는 비용이 없습니다. 우리가 귀하의 자녀를 치료하는 데 동의하는 경우: <ul style="list-style-type: none"> • 학생들이 대면 학습을 위해 돌아오면 치과 서비스가 재개됩니다. • 치과 예약을 위한 정보를 제공해 드리거나 치과 서비스 제공자가 필요한 경우 예약을 도와드립니다. • 자녀의 평가 결과 사본을 보내드립니다. 이 정보는 자녀의 학교와 공유될 수 있습니다. • 자녀의 치과 치료에 관해 연락이 필요한 경우 귀하의 전화에 메시지를 남길 수 있습니다. 		어떤 치료를 제공합니까? <ul style="list-style-type: none"> • 종합 검진 • 복귀 검진 • 응급 및 제한적 검진 • 치과 클리닝(프로피) • 실란트 • 불소 • 엑스레이 	
부모 또는 보호자님은 아래 정보를 작성하고 양식 하단에 서명하십시오.			
학생의 이름:			
이름	중간 이름	성	생년월일 / /
학생의 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> X			
부모/보호자의 이름:			
이름	중간 이름	성	생년월일 / /
주소:	시:		우편번호:
전화번호:	필요한 경우 치과 엑스레이 촬영에 동의 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예		
영어 이외의 언어로 연락하는 것을 선호하십니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	예인 경우 어떤 언어입니까?	
자녀의 치과 평가 결과를 어떻게 받으시겠습니까?	<input type="checkbox"/> 학교에 있는 자녀가 집으로 가져오도록 주세요. <input type="checkbox"/> 위에 기재된 주소로 우편으로 보내주세요.		
언제 자녀가 마지막으로 치과 진료를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 6개월 미만 전 <input type="checkbox"/> 2년 미만 전 <input type="checkbox"/> 1년 미만 전 <input type="checkbox"/> 2년 이상 전 <input type="checkbox"/> 없음		
자녀가 정기적으로 만나는 치과 의사가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	예인 경우 어디입니까?	
자녀의 치과 의사를 찾는 데 도움이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예		
이 프로그램은 무료이지만 치과 보험 회사에서 서비스 비용을 청구할 수 있습니다. 우리가 최신 정보를 가질 수 있도록 이 양식의 보험 섹션을 작성하십시오. 공공 보험 플랜은 일반적으로 서비스 비용 전액을 부담합니다. 보험이 적용되지 않는 비용은 보조금으로 충당됩니다. 프로그램에 참여하는 학생이나 가족에게는 본인 부담 비용이 청구되지 않습니다.			
아래에 귀하의 Apple Health 또는 기타 치과 보험 정보를 기재하십시오:			
치과 보험 이름:			
가입자 이름:			
관계:		가입자 생년월일:	/ /
이 양식에 서명함으로써 귀하는 치과 치료에 동의합니다.			
부모 또는 보호자의 서명		날짜	

개인정보 보호 관행 통지서

본 통지서는 2013년 5월 23일에 효력이 발생합니다.

우리는 귀하의 개인정보의 보안과 기밀성을 보장하기 위해 원본을 유지합니다. 우리 건물은 물리적 보안, 데이터베이스를 보호하기 위한 비밀번호, 규정준수 감사 및 바이러스/침입 탐지 소프트웨어를 갖추고 있습니다. 우리의 관행 내에서 귀하의 정보에 대한 액세스는 업무를 수행하는 데 필요한 사람들로 제한됩니다.

Community Health Center of Snohomish County는 귀하의 보호받는 건강 정보를 책임감 있게 취급하고 사용하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 본 개인정보 보호 정책 통지서에서는 당사가 수집하는 개인정보와 해당 정보를 사용하거나 공개하는 방법과 시기에 대해 설명합니다. 또한 귀하의 보호받는 건강 정보와 관련된 귀하의 권리에 대해 설명합니다. 본 통지서는 2013년 5월 23일부터 효력이 발생하며 연방 규정에서 정의한 모든 보호받는 건강 정보에 적용됩니다.

이 통지서에서는 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개하는 방법과 귀하가 이 정보에 액세스할 수 있는 방법을 설명합니다. 꼼꼼히 읽어보십시오.

우리의 환자인 귀하에 대한 우리의 약속: *귀하의 정보는 중요하며 기밀입니다. 우리의 윤리 및 정책은 귀하의 정보를 엄격히 보호하도록 요구합니다.*

우리는 법률에 따라 귀하의 건강 정보에 대해 기밀을 유지해야 합니다. 또한 귀하의 건강 정보("보호받는 건강 정보" 또는 "PHI")와 관련된 당사의 개인정보 보호 관행, 법적 의무 및 귀하의 권리에 관한 내용이 담긴 이 통지서를 제공해야 합니다. 우리는 이 통지서에 기술된 개인정보 보호 관행을 따라야 합니다(수시로 개정될 수 있음).

우리의 개인정보 보호 관행에 관한 추가 정보나 본 통지서의 추가 사본을 원하시면 이 통지서 끝에 기재된 정보를 사용하여 당사에 연락하십시오.

통지서를 받을 권리: 귀하는 언제든지 다음 주소로 요청서를 제출함으로써 본 통지서의 사본을 받을 권리가 있습니다: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208

위반 통지서를 받을 권리: 우리는 연방법에 의거하여 귀하의 비보안 PHI 위반을 발견한 경우 귀하에게 통보해야 합니다.

질문 또는 불만 사항: 귀하의 개인정보 보호 권리에 대해 추가 정보가 필요하거나 우리가 귀하의 개인정보 보호 권리를 침해한 것으로 염려되는 경우 규정준수 사무소 개인정보 보호 라인 425-789-3774 번으로 연락하실 수 있습니다. 또한 미국 보건복지부 민권 담당 국장에게 서면 불만을 제기할 수도 있습니다. 우리는 귀하가 국장이나 당사 사무소에 불만을 제기하는 경우 귀하에 대해 보복하지 않습니다. 귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우, 귀하는 당사 사무소 또는 미국 보건복지부(OCR) 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다. 우리의 관행이나 OCR에 불만을 제기하는 경우 그에 대한 보복은 없을 것입니다. 워싱턴의 OCR 지사 주소는 다음과 같습니다:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

본 통지서의 변경: 우리는 언제든지 이 통지서의 조항을 변경할 수 있습니다. 이 통지서를 변경할 경우, 우리는 새 통지서를 발급하기 전에 작성되었거나 받은 정보를 포함하여 우리가 관리하는 모든 PHI에 대해 새 통지서의 조항이 효력을 갖도록 할 수 있습니다. 이 통지서를 변경하면 개정된 통지서를 사무소의 대기 장소와 웹사이트 www.chcsno.org에 게시할 것입니다. 또한 우편으로 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208의 Community Health Center of Snohomish County에 연락하여 수정된 통지서를 얻을 수 있습니다.