



# 隐私权惯例通知

本通知描述如何使用和披露关于您的医疗信息, 以及您如何能取得此信息。请仔细阅读。

邻里健康中心 (Neighborhood Health Center) 尊重您的隐私。我们不会向其他人披露您的信息, 除非您通知我们这样做, 或法律授权或要求我们这样做。NHC 的所有代理人都有责任遵守本通知的条款和条件, 维护您个人健康信息的隐私, 并向您提供 NHC 的法律义务和隐私惯例的通知。本通知适用于我们知道的关于您、您的健康、健康状况以及您在所有邻里健康中心基础医疗护理诊所、牙科诊所、学校健康中心和药房接受的健康护理和服务的信息和记录。您的健康信息可能包括邻里健康中心创建和接收的信息, 可能采用书面或电子记录或口头文字的形式, 并可能包括关于您的健康历史、健康状况、症状、检查、测试结果、诊断、治疗、小手术、处方、相关的开帐单活动以及类似的健康相关信息。

法律要求我们向您发出本通知。从中您会知道我们可能使用和披露您的健康信息的方式, 并描述在使用和披露该信息方面, 您的权利和我们的义务。

## 对信息的用途和披露

我们通常透过以下方式使用或披露您的健康信息:

**用于治疗。**我们可能会使用您的健康信息来为您提供医疗或服务。我们可能会向参与您护理的医生、牙医、行为学家、护士、技术人员、药剂师、职员或其他 NHC 人员披露您的健康信息。

*例如: 治疗您伤势的医生询问另一位医生关于您的整体健康状况, 以确保他们为您作出正确的治疗决定。*

我们组织中的不同职员可能会共用您的信息, 并向邻里健康中心以外的人员披露信息以协调您的护理, 例如为开处方打电话给您的药房、安排在实验室的化验和 X 光检查。家人和其他健康护理提供者可能会在本办公室之外为您提供医疗护理, 并可能需要您的信息。在与您的家人或护理员披露健康信息之前, 我们将要求您的允许, 除非您因健康状况而无法同意此类披露。

**用于收费。**我们可能会使用和披露您的健康信息来向健康计划或其他机构开帐单并收取费用。

*例如: 我们将您的信息提供给您的健康保险计划, 以便其能支付您的服务费用。*

**用于健康护理的运营。**我们可能会使用和披露您的健康信息来衡量和提高我们的营运质量。邻里健康中心或授权的联营组织可能以您授权 NHC 使用的方法 (即电话、短信、电邮) 与您联系, 以进行质量评估和改进的活动。

*例如: 我们查看您的健康信息以评估职工绩效并确定培训的需要。*

## 特别情况

我们容许或必须以其他方式披露您的信息 – 通常以有助于公共利益的方式, 例如公共健康和研究。我们必须符合法律的许多情况, 然后才能为这些用途而披露您的信息。欲了解更多信息, 参阅:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)。

**协助解决公共健康和安全问题:** 我们可能在以下情况下使用和披露您的健康信息:

- 预防疾病
- 协助召回产品
- 报告药物的不良反应
- 报告涉嫌虐待、忽视或家庭暴力
- 预防或减少对任何人的健康或安全的严重威胁

**遵守法律:** 如果是州或联邦法律的要求, 我们将披露您的信息, 包括健康与公众服务部门如果其想知道我们是否有遵守联邦隐私法。

**研究。** 我们可能会使用和披露您的健康信息用于研究项目, 这需要经过特别的审批程序。如果研究人员需要存取您的姓名、地址或其他可能识别您身份的信息, 我们将征求您的许可。

**器官和组织捐赠。** 如果您是器官捐赠者, 我们可能会将您的健康信息发布给处理器官收集的组织。

**为符合劳工保险、执法和其他政府要求:** 我们可能会出于以下用途而披露您的健康信息:

- 劳工保险索赔
- 执法用途
- 健康监督机构, 为其进行法律允许的活动。
- 特殊政府职能, 例如军事、国家安全和保护总统服务。

**诉讼和纠纷。** 我们可能会因为要回应法院或行政命令或要回应传票而披露您的健康信息。

**验尸官、法医和葬礼负责人。** 我们可能会向验尸官、葬礼负责人或法医透露健康信息。这可能是必要的, 例如要识别死者身份或确定死因。

**筹集资金。** 我们可能会就筹款事宜与您联系, 但您可以要求我们不再与您联系。

**家人和朋友。** 我们可能会向您的家人或朋友披露您的健康信息, 如果我们得到您的口头同意, 或者如果我们给您机会反对此类披露而您没有提出反对。我们也可能向您的家人或朋友透露健康信息, 如果我们可以根据情况以专业的判断来推断您不会反对。例如, 当您在治疗期间或讨论治疗时携带您的配偶进入检查室时, 我们可能会假设您同意我们向您的配偶披露您的个人健康信息。

在您无法表示同意的情况下 (因为您不在场或由于您无能力或有医疗紧急情况), 我们可能会根据我们的专业判断, 确定向您的家人或朋友披露信息对您是最有利的。在这种情况下, 我们将仅向该人披露其与您的护理相关的健康信息。

## 我们的责任

法律要求我们维护您受保护的健康信息的隐私和安全。如果发生可能损害您信息的隐私或安全的违规行为, 我们将立即通知您。

我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私权惯例, 并向您提供一份副本。如果患者是未成年人, 将同时通知患者和未成年人的父母或监护人。

未经您的明确书面授权, 我们不会披露您的健康信息用于任何用途, 除了前几段所确认的。我们需要书面授权才能将您的健康信息用于营销、披露心理治疗的笔记以及出售您的信息。您可以随时以书面撤销该授权。如果您撤销授权, 我们将不再因您书面授权所述的原因使用或披露您的信息, 但我们无法收回任何已得到您允许的使用或披露。

欲了解更多信息, 参阅: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)。

## 有组织健康护理安排条款

邻里健康中心是有组织的健康护理安排的一部分,其中包括 OCHIN 的参与者。OCHIN 参与者的最新名单可在 [www.ochin.org](http://www.ochin.org) 查看。OCHIN 作为邻里健康中心的业务伙伴,对其和其他 OCHIN 的参与者提供信息技术及相关服务。OCHIN 还代表其参与者参与质量评估和改进活动。例如, OCHIN 代表参与组织协调临床审查活动,以建立最好的标准做法并评估使用电子健康记录系统可能带来的临床效益。OCHIN 也帮助参与者协作改善对内和对外患者转介的管理。邻里健康中心可能会与其他 OCHIN 参与者披露您的个人健康信息或进行健康信息交换,仅为有医疗需要或用于有组织健康护理安排的健康护理营运。健康护理运营可包括,其中一部分是对您的居住位置进行地理编码,以改善您得到的临床福利。

个人健康信息可能包括过去、现在和未来的医疗信息以及隐私规则中概述的信息。在披露的范围内,该信息将根据隐私规则或其他不时会修订的任何适用法律进行披露。您有权改变主意并撤回此同意,但是,该信息可能已经在您允许的情况下提供。该同意将一直有效,直至您以书面撤销。如果需要,我们将向您提供已向哪些机构披露您的信息的列表。

## 您的权利

关于您的健康信息,您有以下权利:

**查看和副本的权利。**您有权存取您的健康资讯,例如医疗和帐单记录,这是我们保留并会用于决定您的护理。您必须向您的 NHC 诊所提交书面信息发布,以得您的记录副本。

**修正权利。**如果您认为我们知道的关于您的健康信息是不正确或不完整,您可以要求我们更正该信息。可向我们查询要怎样做。

如果您的要求不是书面或未包括支持该要求的理由,我们可能会拒绝您的修正要求。此外,如果您要求我们修正以下信息,我们可能会拒绝或部分拒绝您的要求,如果您要求的修正:

- 我们没有创建,除非创建信息的人或机构已无法再进行修改;
- 不属于我们保存的健康信息的一部分;
- 您不会被允许查看和复制;
- 是准确和完整。

**披露情况的权利。**您有权要求披露情况的权利。这是我们出于治疗、付费、健康护理营运以外的用途而披露的关于您的医疗信息的列表,是在您特别授权的情况下以及涉及国家安全、惩戒机构和执法的有限数的特别情况下进行的。

要取得此列表,您必须向开账单职员提交书面要求。其必须说明一个期限,而该期限不得超过六年。您的要求应表明您想要哪种形式的列表(例如用纸、电子形式)。您在 12 个月内要求的第一个列表将会是免费。对于额外的列表,我们可能会向您收取提供列表的费用。我们将通知您所涉及的费用,您可以在有任何费用之前选择撤回或修改您的要求。

**要求限制的权利。**您有权要求我们为治疗、付费或健康护理营运而使用或披露有关您的健康信息作出限制或设限度。我们不需要同意您的要求,而如果这会影响到您的护理,我们可能会说“不”。

**要求保密通讯的权利。**您有权要求我们以某种方式或在某个地点与您就医疗事宜进行沟通。例如,您可以要求我们仅在工作时或透过邮件与您联系。

若要求保密通讯,可与**您的**护理团队联系。我们不会查询您提出要求的原因。我们将满足所有合理的要求。您的要求必须指定您希望联络的方式或地点。

**本通知纸质副本的权利。**您有权获得本通知的纸质副本。您可以随时要求我们向您提供本通知的副本。即使您同意以电子方式接收,您**仍然**有权获得纸质副本。您也可以在我们的网站上找到本通知的副本。

**选择代表您行事的人:**如果您已向某人授予医疗授权书或某人是您的法定监护人,则该人可以行使您的权利并对您的健康信息作出选择。在我们采取任何行动之前,我们将确保此人拥有此权限并且可以代表您行事。

## 本通知的更改

我们保留更改本通知的权利,并对我们已有的关于您的医疗信息以及我们将来会收到的任何信息的修订或更改的通知生效。新的通知将根据要求在我们的办公室和在我们的网站 [nhcoregon.org](http://nhcoregon.org) 上提供。

## 问题、疑虑或投诉

如果您对此政策有疑问或认为您的隐私权受到侵犯,您可以使用以下信息与我们联络。您也可以选择向美国健康与公共服务部民权办公室 (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) 提出投诉,方法是寄信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, 致电 1-877-696- 6775, 或到 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ complaints/)。

**您不会因提交投诉而受到处罚。**

Neighborhood Health Center  
ATTN: Risk and Compliance  
7320 SW Hunziker Road, Suite 300  
Portland, OR 97223  
503-941-3087  
[concerns@nhcoregon.org](mailto:concerns@nhcoregon.org)