

## 保護隱私條例通知

生效日期：2021/3/18

本通知闡述了您的醫療信息如何被使用與透露，以及您如何能夠獲取這些資料的細節。請仔細閱讀。

如果您對本通知有任何疑問，請聯繫東北行健長者照護計劃的 法例遵行監察及資料保密負責人，電話為 (415) 391-9686。

### 關於我們

通知中使用「我們」或「我們的」等詞彙代指東北醫療中心（North East Medical Services，簡稱「NEMS」）。我們是獲得許可證的社區診所組織，也是美國社區健康中心計劃（Health Center Program）撥款資助的機構（美國法典第2章第254b節），並被視為美國公共衛生局（Public Health Service）屬下的雇員（美國法典第2章第233g至n節）。

本通知適用於 NEMS，包括其所有診所、長者全面照護計劃（PACE）、臨床醫護雇員（包括醫師、護士及其他臨床工作人員）、行政雇員與志願工作者。我們的服務點包括我們網站（<http://www.nems.org>）列出的各個診所及東北行健長者照護中心。在為您提供保健服務，要求（第三方）支付費用，以及日常業務運作，例如包括質量保證，合規性和醫療資源利用率審核等情況時，我們會分享相關的受保護醫療資料。

### 什麼是受保護醫療資料（「PHI」）？

「受保護醫療資料」或「PHI」是識別您的身份，並與您的過去、現在或未來的身體或精神健康狀況有關，與向您提供醫療保健服務有關，或者與支付過去、現在或未來的醫療服務費用有關的信息。PHI 不包括無法識別您身份的信息。如果您是 NEMS 的雇員，在您的個人檔案裏 PHI 不包括您的醫療資料（如果有）。

### 本通知的目的

作為醫療保健提供者，我們收集、保存和透露患者的 PHI。本通知解釋了我們在 PHI 方面的法律責任與相關的隱私條例。您在 NEMS 的醫療記錄含有 PHI，NEMS 了解您的醫療資料是私密和個人的。我們明白確保這些資料的私密與安全非常重要。根據法律規定，我們承諾採取合理而適當的保護措施確保您的 PHI 的保密性。我們還會根據法律要求在沒有經過安全處理的 PHI 被洩露後通知受影響人員。

## 我們如何保護您的 PHI

我們只限於那些需要您的醫療資料為您提供服務和進行業務操作的NEMS員工接觸您的 PHI。我們建立並維持物理、電子與程序保護措施，以防止您的 PHI 在未經授權的情況下被使用或洩露。

## 未經您授權而使用和透露您的PHI的各類情況

### **治療、付款與醫療運作**

聯邦和州法律允許我們在未經您授權的情況下使用和透露您的 PHI 為您提供醫療保健服務，以及用以向有關方面收取醫療服務的費用。例如，您的化驗結果會記錄在您的病歷中，並把化驗結果遞交給要求該項醫療化驗的醫師。

我們還可能將您的 PHI 透露給健康計劃或其他責任方以收取醫療費用。

聯邦與州法律同時允許我們根據醫療業務需要使用和透露您的 PHI。我們的臨床醫護人員或品質改善團隊成員可以使用您的 PHI 評估我們的醫療服務品質。我們還可以將您的 PHI 透露給我們的業務夥伴，但他們必須同意遵照法律規定保護您的 PHI。

### **(不需要您授權) 使用和透露 PHI 的其他情況**

聯邦法律允許受《健康保險流通與責任法案 (HIPAA)》約束的醫療保健提供者，包括 NEMS，在未經授權的情況下為了以下目使用和透露 PHI：

- 法律要求。在某些情況下，我們需要遵照聯邦或州法律，因各種原因對外（如公共機構）透露某些 PHI；
- 公共衛生活動，如報告具體疾病的概況；
- 報告虐待、疏忽或家庭暴力受害人；
- 衛生監督活動，如向負責醫生或其他醫療保健提供者發放執照或紀律處分的政府機構報告；
- 訴訟和其他法律程序，與行政機關辦理的訴訟或法庭訴訟有關；
- 執法原因，回應法院傳票或報告犯罪；
- 向法醫、驗屍員或喪葬承辦人報告，協助他們履行法律責任；
- 組織或器官捐獻，向器官獲取或移植機構透露以協助他們的工作；
- 研究目的。我們可能為了研究目的使用和透露您的 PHI。我們特別允許研究人員查閱您的 PHI，以便起草研究協議或進行類似目的準備工作，前提是特別委員會確定該研究活動對個人隱私構成最低風險；有足夠的計劃保護 PHI 的安全；如果不能查閱和使用 PHI，研究就不能實際進行；研究人員在查閱 PHI 時不會從我們的設備中刪除任何 PHI；如果研究需要死亡個體的 PHI，研究人員必須向我們保證 PHI 是研究所必需的，

並且僅用作研究的一部分。如果這些要求沒有得到滿足，我們只會向研究人員透露無法識別您身份的健康資料（參見下文“使用與透露「去識別化」的 PHI”）；

- 避免對您或其他民眾的健康或安全造成嚴重威脅；
- 政府專門職能與活動（如軍事與退伍軍人的活動）；
- 與根據工傷補償法提供的服務有關；
- 預約提醒。我們可以使用您的 PHI 聯繫您，以進行治療預約或滿足其他醫療保健需要；
- 與您聯繫。我們可能會通過電話、電子郵件、或郵寄信件等多種不同方式與您聯繫。其中使用電話的方式包括直接對話、預錄語音電話、語音信息及電話短信。如果您希望告訴我們如何與您聯繫，或選擇不接收我們發出的某些信息，請致電 (415) 352-5050, 1-800-508-4578, 或 (415) 213-1973 (TTY)，與東北行健聯繫。東北醫療中心必須能夠通過上述至少一種方式與您取得聯繫，您不能選擇不接受我們所有的通訊方式。

## 需要您有機會表示同意或反對的使用與透露

在未得到您的書面授權而使用和透露您的 PHI 之前，我們必須給您一個表示同意或反對的機會。其中包括向家庭成員或其他參與您的護理或支付您的護理服務的個人提供的信息，或在緊急情況下通知、識別或尋找家人、個人代表或其他負責您的護理的人員有關您的所在位置、一般狀況或死亡的信息。

## 「去識別化」PHI 的使用與透露

如果我們預先刪除了所有可以合理識別您身份的號碼、特徵、代碼和其他識別碼，我們便可在未經您授權的情況下透露您的「去識別化」健康資料。

## 需要您授權的使用與透露

我們必須提前獲得您的書面授權，才可以使用和透露以下的 PHI：

- 心理治療筆記——對於行為健康專業人員在諮詢期間的談話內容筆記，在使用或透露之前，我們需要獲得您的書面授權。「心理治療筆記」不包括藥物處方、監察和諮詢期開始與結束的時間、提供的治療方式與頻率、臨床試驗結果、或您的診斷、機能狀況、治療方案、症狀、預後和迄今進度的總結。

對於某些治療、付款與醫療運作目的，我們不需要獲得您的提前授權就可以使用或透露心理治療筆記。這些目的包括（1）最初創寫筆記的行為健康專業人員使用這些筆記進行治療目的（2）由 NEMS 在監督培訓計劃中用於個人練習或改善諮詢技

能，以及（3）在您提出訴訟或進行其他法律程序的情況下，NEMS 使用或透露相關資料作自我辯護。

以下這些情況我們也不需要獲得您的授權就能使用或透露心理治療筆記：

（1）當美國衛生與公眾服務部秘書要求調查 NEMS 對 HIPAA 的遵守情況時，  
（2）如果法律要求使用或透露，（3）在衛生監督機構要求對創寫該筆記的行為健康專業人員進行監督時，（4）透露給法醫或驗屍員，以識別死者身份、確定死因或履行法律授予的其他職責，或（5）以防止或減輕對您及其他公民的健康或安全遭受嚴重和緊急威脅。

- **營銷活動**——我們必須獲得您的書面授權，才能使用您的 PHI 向您寄送營銷材料。我們不需要授權，可以在面對面交流時向您提供營銷信息，或向您提供沒有面值的促銷禮品。
- **出售 PHI**——我們必須獲得您的書面授權後，才能出售您的 PHI。不應推斷 NEMS 有任何出售您的 PHI 的計劃。

**本通知中沒有列明的其他所有 PHI 的使用和透露，都需要您的書面授權。**

## **您對自己的 PHI 享有的權利**

### **遞交授權書**

如果您需要授權表格，我們會寄一份給您或您的個人代表填寫。收到並填好授權表後，請將其寄到以下地址：

東北醫療中心  
1520 Stockton Street  
San Francisco, CA 94133  
收件人：醫療記錄部主任  
或發送電子郵件至 [eroi@nems.org](mailto:eroi@nems.org)

您可隨時寫信至同一地址撤銷或修改您的授權。請注意，在某些情況下，比如我們已經根據您的授權採取了行動時，您的撤銷或修改可能無法履行。

### **獲取您的 PHI**

您可以要求審閱和獲取一份我們保存在醫療及收費記錄中的 PHI 副本，只要我們存有這些記錄。如果您希望獲取您的 PHI，請遞交一份詳盡列明您想查閱的具體 PHI 資料的書面申請至以上地址。NEMS 有一份名為「健康資料使用授權書」的表格，您可向 NEMS 的醫療記錄部索取。如果您想要一份我們保存的資料副本，您的請求應以書面形式提出，並寄至同一地址。

我們會在正常工作時間內回應您的請求，並告知您可以在哪個時間和地點查看您的 PHI。如果我們給您提供一份 PHI 副本，在適用法律允許的範圍內，我們可能會合理收取複製您的 PHI 的管理費用。如果我們沒有您的 PHI，但知道哪個機構存有這些資料，我們會告訴您與其聯繫的方式。

在極少的情況下，我們可能會拒絕您查閱或獲取您的 PHI 副本的請求。我們會以書面形式解釋拒絕的理由，而您有機會（除極有限的例外情況）要求複審該項決定。我們會服從複審結果。此外，聯邦法沒有賦予個人獲取某類 PHI 的權利，其中包括（1）在法律程序中合理預期或使用的信息，以及（2）其他聯邦法律禁止獲取的 PHI。

### **申請設限的權利**

您有權要求限制我們如何使用和透露您的 PHI 進行治療、付款或醫療運作。所有申請必須以書面形式提出。NEMS 有一份名為「限制使用或透露受保護醫療資料（PHI）申請」的表格，您可以向 NEMS 醫療記錄部索取該表格。收到申請後，我們會審核您的申請，並通知您我們是否接受或拒絕您的要求。如果我們同意您的申請，我們會履行申請中的限制要求，給您提供急診治療要求透露的情況除外。請注意，我們並不是必須接受您的限制要求（規定我們必須接受的情況除外），根據您的書面申請，限制向您的健康計劃透露您的 PHI，如果（1）透露的目的是為了進行付款或醫療運作，（2）並非法律要求透露，以及（3）PHI 僅適用於一項醫療項目或服務，您或健康計劃以外的其他人已全額支付費用，您健康計劃沒有支付任何款項。

您必須向醫療記錄部書面申請限制。您必須在申請中告知我們：（1）您想限制哪些信息；（2）您想要限制我們使用、透露，還是兩者都要限制；以及（3）您想該項限制適用於何人，例如，您的配偶。

### **保密通信權利**

您有權要求我們以保密的方式為您提供 PHI。例如，您可以要求我們用替代方式發送您的 PHI（例如，用密封的信封而不是明信片發送）或者發送至備用地址（例如，撥打其他電話號碼聯繫您，或者將信函發送至您的辦公地址，而不是您的家庭地址）。我們將滿足任何合理要求，管理過於繁瑣或法律禁止的情況除外。

### **修改 PHI 的權利**

您有權要求對您的 PHI 進行修改，只要這些資料存在我們的醫療和賬單記錄檔案中。如果您希望糾正或更新您的 PHI，請寫信給我們，並告知我們您想要更改的內容和原因。NEMS 有一份名為「醫療記錄更正/修訂申請表」的表格，您可以向 NEMS 的醫療記錄部索取該表格。不管接受還是拒絕您的申請，我們都將書面答覆您。如果我們拒絕您的申請，我們將解釋原因。對於每一項您認為不正確的記錄，您還可以寄給我們一份長度不超過 250 字的附錄。請清楚註明您希望將該附錄納入您的 PHI。如果我們接受您的申請，我們將把您的附錄加入您的 PHI 記錄中。根據要求，您可以查閱修訂後的 PHI。

### **要求 PHI 透露記錄的權利**

您有權要求一份我們透露您的 PHI 的細目報告。您可以書面申請一份我們在您的申請日期前所有 PHI 透露的細目清單。我們會在收到您書面申請的 60 天內給您回覆。請注意，在我們提供給您的 PHI 透露細目清單中不需要納入某些項目，如用於治療、付款或醫療運作的相關信息透露，或超過申請日期 6 年以上的透露資料。

### **獲取通知副本的權利**

即使您同意以電子方式接收通知書，您也有權要求收到本通知的紙質副本。您可以聯繫我們的舊金山辦事處，我們將免費為您提供一份副本。

### **投訴權**

在本通知生效那刻起，我們就必須遵守本通知中規定的隱私條例。如果您對本通知有任何疑問，希望行使您的權利，或者遞交投訴，請直接遞送到：

東北醫療中心  
728 Pacific Avenue, Suite 200  
San Francisco, CA 94133  
收件人：法例遵行監察及資料保密負責人  
(415) 391-9686

您也有權直接向美國衛生和公共服務部秘書處投訴。我們不會由於您的投訴而對您採取報復行動。

### **NEMS 保留的權利**

我們可以在法律允許的範圍內最大限度地使用和透露您的 PHI。我們保留本通知所表達的權利。我們保留修訂隱私條例使其與法律相一致並適用於我們所維護的所有（不論何時收到或創建）PHI 的權利。如果我們對隱私條例進行實質性或重大修改，我們會及時修改通知。除非是法律要求，否則在修改通知前，我們不會對隱私條例進行實質性的修改。



# PACE 行健

## 長者照護計劃

728 Pacific Avenue, Suite 200, San Francisco, CA 94133

PACE #:

NAME:

DOB:

### PACE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT FORM

### 東北行健保護隱私條例通知確認表格

**NAME:** \_\_\_\_\_ **PACE ID #:** \_\_\_\_\_  
 姓名 *Last 姓氏* *First 名字* *Middle 中間名字* 東北行健會員號碼

I acknowledge that I have received a copy of NEMS PACE'S Notice of Privacy Practices. I understand that I may exercise my rights as described in the notice.

本人確認我已經收到東北行健長者照護計劃的保護隱私條例通知副本。本人明白我有權行使通知書上列明的會員權利。

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient or Legal Representative  
 參加者或合法代表人簽名

\_\_\_\_\_  
 Relationship to Patient  
 與參加者的關係

\_\_\_\_\_  
 Signature of Witness  
 見證人簽名

\_\_\_\_\_  
 Date  
 日期

**STAFF USE ONLY 僅限職員使用:** If the patient refused to sign, please check box, initial and date:

REFUSAL TO SIGN

Staff Initials: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_