

# 患者隐私- 中文

俄勒冈诊所

行政办公室 847 NE 19th Ave, Suite 300 Portland, Oregon 97232

Oregonclinic.com

隐私联系电子邮件地址: [compliance@orclinic.com](mailto:compliance@orclinic.com)

本通知描述了有关您的医疗信息可能如何被使用和透露，以及您如何获得这些信息。请仔细阅读。

如果您对此通知有任何疑问，请致电 503-935-8000、发送电子邮件至 [compliance@orclinic.com](mailto:compliance@orclinic.com) 或邮寄至上述地址，联系我们的合规官。

本政策自 2021 年 7 月 12 日起更新并生效。

## 谁将遵守本通知

本通知描述了俄勒冈诊所提供者和员工遵循的隐私惯例。

## 您受保护的健康信息

本通知适用于我们所有的有关您的健康状况以及您在我们诊所获得的医疗服务信息和记录。您的健康记录可能包括我们诊所创建的和接收到的信息；它可以是书面或电子记录或口头文字的形式。您的记录可能包括有关您的健康史和状态、症状、检查、所订的测试、测试结果、治疗、手术、诊断、药物、相关账单活动以及和健康相关类型的信息。

法律要求我们维护受保护的健康信息的隐私，向您发出此通知，并在不安全的受保护健康信息遭到破坏后通知受影响的个人。它解释了我们如何使用和透露有关您的受保护健康信息，并描述了对於该信息的使用和透露方面您所拥有的权利以及我们的责任。

## 我们如何使用和透露

### 有关您的受保护健康信息

我们可能会出于以下目而使用和透露受保护健康信息：

**治疗**：我们可能会使用有关您的受保护健康信息为您提供医疗或服务。我们可能会向医生、护士、技术人员、药剂师、办公室工作人员或其他参与照顾您和您的健康的人员透露有关您的受保护健康信息。

例如，您的医生可能正在为您治疗心脏病，并且可能需要知道您是否有其他可能造成您的治疗复杂化的健康问题。医生可能会查看您的病史，以确定最适合您的治疗方法。医生也可能会告诉另一位医生您的病情，以确定最合适的护理。

我们办公室的工作人员可能会向不在我们办公室工作的人透露您的信息以协调您的护理，例如打电话给您的药房开处方、安排化验和订 X 光。家庭成员和其他医疗保健提供者可能是您在本办公室以外的医疗保健的一部分，并且可能需要有关您的信息。

**付款**：我们可能会使用和透露有关您的受保护健康信息，以便相关单位可以收取您从我们这里获得的治疗和服务的费用，可能是由您、保险公司或第三方支付。

例如，我们可能需要将建议的治疗告知您的健康保险计划以获得事先批准，或确定您的计划是否会支付治疗费用。

**医疗保健业务**：我们可能会使用和透露有关您的受保护健康信息，以确保您和我们的其他患者获得优质护理。

例如，我们可能会使用您的受保护健康信息来评估我们的员工照顾您的表现。我们还可能使用有关我们所有或部分患者的受保护健康信息来帮助我们决定应提供哪些额外服务、我们如何提高效率或某些新疗法或药物是否有效。

我们还可能将您的受保护健康信息透露给为您提供保险的健康计划和为您提供护理的其他医疗保健提供者。我们向您的健康计划和其他提供者透露您的受保护健康信息可用于改善护理、降低成本、协调服务和遵守法律。

**治疗替代方案**：我们可能会告诉您或推荐您其他可能的治疗方案或替代方案。

**健康相关的产品和服务**：我们可能会告诉您一些您可能感兴趣的健康相关产品或服务。如果您不希望收到预约提醒的联系，或者您不希望收到有关治疗替代方案或健康相关产品和服务的通讯，请通知我们。请将您的书面请求发送至本通知所列地址的合规官。

## 其他使用和透露

我们可能会以其他方式共享您的信息，通常是出于公共卫生或研究目的或为公共利益做出贡献。有关允许使用和透露的更多信息，请参阅：

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

例如，我们可能会出于以下目的使用或透露有关您的受保护健康信息，但须遵守所有适用的法律要求和限制：

- **避免对健康或安全的严重威胁**：我们可能会在必要时使用和透露有关您的受保护健康信息，以防止对您的健康和公共安全或对公众或其他人的健康和公共安全造成严重威胁。
- **法律要求**：当联邦、州或地方法律要求时，我们将透露有关您的受保护健康信息。
- **研究**：我们可能会在某些类型的健康研究中，不需要您授权而使用和透露有关您的受保护健康信息，例如，如果机构审查委员会 (IRB) 已取消书面授权要求。在所有其他情况下，如果研究人员需取得您的姓名、地址或识别您身份的信息，或者研究人员是否会在我们的办公室参与您的护理，我们将征求您的许可。
- **器官和组织捐赠**：我们可能会将您受保护的的健康信息分享给处理器官获取、眼睛或组织移植的机构或器官捐赠银行，以促进您的授权捐赠或为您进行移植手术。
- **军人、退伍军人、国家安全和情报部门**：如果您是或曾经是武装部队或国家安全或情报部门的成员，我们可能会根据军事指挥部或其他政府当局的要求使用和透露您的受保护健康信息。我们还可能向适当的外国军事当局发布有关外国军事人员的信息。
- **工伤赔偿**：我们可能会使用和透露您的受保护健康信息用于工伤赔偿或类似计划。这些计划为与工作相关的伤害或疾病提供福利。
- **公共卫生风险**：我们可能会出于公共卫生原因使用和透露您的受保护健康信息，以预防或控制疾病、伤害或残疾；报告出生和死亡；报告可疑的虐待或疏忽，或非意外的身体伤害；报告对药物的反应或产品问题。
- **健康监督活动**：我们可能会出于审计、调查、检查或许可目的使用您的受保护健康信息并将其透露给健康监督机构。对于某些州和联邦机构来说，这些透露可能是必要的，以监控医疗保健系统、政府计划和对民权法的遵守情况。
- **诉讼和纠纷**：如果您涉及诉讼或纠纷，我们可能会根据法院或行政命令透露有关您的受保护健康信息。根据所有适用的法律要求，我们也可能在收到传票时透露有关您的受保护健康信息。
- **执法**：如果执法官员要求我们按照法院命令、传票、搜查令、传唤或类似程序透露受保护健康信息，我们可能会在遵守所有适用法律要求的情况下透露。

- **验尸官、法医和殡仪员**：我们可能会向验尸官或法医透露受保护健康信息。例如，这可能是在识别死者或确定死因时需要的。
- **识别不出个人身份的信息**：我们可能会以识别不出您个人身份的方式使用或透露您的受保护健康信息。

**您的选择**对于某些健康信息，您可以告诉我们您对我们分享的内容的选择。如果您对我们下述情况下如何共享您的信息有明确的偏好，请联系我们的合规官，我们将尽合理努力遵循您的指示。

例如，您有权利和选择告诉我们是否：与您的家人、密友或其他参与您护理的人分享您的受保护健康信息、一般状况或位置等信息；在救灾情况下分享信息，例如与救援机构分享信息，以协助定位或通知您的家人、密友或其他参与您护理的人；并从医院目录中排除您的信息，例如您的姓名、房间号或一般情况。

- **家人和朋友**：如果我们获得您的口头同意，我们可能会向您的家人或朋友透露有关您的受保护健康信息，或者如果我们给您机会反对此类透露而您没有提出反对。如果我们可以根据情况推断出您不会反对，我们也可以根据我们的专业判断向您的家人或朋友透露受保护的的健康信息。例如，当您在治疗期间或讨论治疗期间将您的配偶带入检查室时，我们可能假设您同意我们向您的配偶透露您的受保护健康信息。

您因不在场或由于您的无行为能力，或医疗紧急情况而无法给予同意的情况下，我们可能会使用我们的专业判断并确定向您的家人或朋友透露信息对您是最有利的。在这些情况下，我们可能只透露您的受保护健康信息给参与您护理的相关人员。例如，我们可能会通知陪同您去医院的人您中风并提供您的进展和预后的最新信息。我们也可能会使用我们的专业判断以对您最有利的状况下来建议您允许他人代表您行事、开车送您赴约、领取处方药和/或医疗用品或 X 光片。

- **受保护健康信息的其他使用和透露**：未经您的书面授权，除前面部分中确定的目的以外，我们不会将您的受保护健康信息用于任何其他的目的。未经您的授权，我们不会使用或透露您的受保护健康信息：(i) 出于营销目的的使用和透露（俄勒冈诊所 (TOC) 可能有时会发送信息通讯至您帐户的电子邮件）。此类信息通讯是为了进一步实现我们医疗保健业务的教育目的，并告知您 TOC 提供的产品和服务。您可以按照信息通讯中的说明取消订阅或通过更新您的帐户偏好；(ii) 构成销售受保护健康信息的使用和透露；(iii) 心理治疗笔记的大多数用途和透露；(iv) 本通知中未描述的其他用途和透露。如果您授权我们使用或透露有关您的受保护健康信息，您可以随时撤销该授权。这必须以书面形式完成，并发送至本通知所列地址的合规官。如果您撤销您的授权，我们将不再因您的书面授权所涵盖的原因使用或透露有关您的信息，但我们无法收回任何已获得您许可的使用或透露。

在某些情况下，我们可能需要您的书面授权才能透露某些类型的受特别保护的信息，例如爱滋病、药物滥用、心理健康或基因检测信息。

## 有关您的受保护健康信息方面的权利

对于有关我们维护您的受保护健康信息，您拥有以下权利：

- **检查和复制的权利**：您有权检查和获取您的受保护健康信息（例如医疗和账单记录）的副本，我们保留这些信息并用于就您的护理做出决定。您的受保护健康信息的副本可以根据您的要求以电子或书面格式获得，前提是它很容易以此类形式和格式制作。否则，将按照我们和您的约定，以其他可读的硬拷贝或电子拷贝的形式提供副本。您必须向您的诊所提交书面请求，以便检查或获取您的受保护健康信息的副本。如果您索取信息的副本，我们可能会收取复印、邮寄或其他相关用品的费用。在某些有限的情况下，我们可能会拒绝您检查和/或复制记录的请求。如果您被拒绝复制或获取我们所保留的有关您的受保护健康信息，您可以要求对我们的拒绝进行审查。如果法律赋予您对我们的拒绝进行审查的权利，我们将选择有执照的医疗保健专业人员来审查您的请求和我们的拒绝。进行审核的人不会是拒绝您请求的人，我们将遵守审核的结果。
- **修改权**：如果您认为我们掌握的有关您的受保护健康信息不正确或不完整，您可以要求我们修改信息。只要本办公室保留该信息，您就有权要求修改。

如果您的请求不是书面形式或不包含支持该请求的理由，我们可能会拒绝您的修改请求。此外，如果您要求我们修改以下信息，我们可能会拒绝您的请求：我们没有创建（除非创建信息的个人或单位不再可进行修改）；该部份的受保护健康信息非我们所保留；您将不被允许检查和复制；是准确和完整的。

要请求修改，您可以填写并提交患者权利表，第 2 节，可在[这里](#)我们的网站上找到。

- **透露核算权**：您有权要求“对透露进行核算”。这是我们出于治疗、付款、医疗保健营运以及涉及国家安全、惩戒机构和执法的少数特殊情况以外的目的而透露您的医疗信息的清单。此列表还将排除我们根据您的书面授权所做的任何透露。

要获得此列表，您必须向合规官提交书面请求，地址为本通知所列地址。它必须说明一个时间段，该时间段不得超过 6 年，并且不得包括 2003 年 4 月 14 日之前的日期。您的请求应指明您想要该列表的形式（例如，书面或电子形式）。您在 12 个月内请求的第一个列表将是免费的。对于 12 个月内的其他清单，我们可能会向您收取提供清单的费用。我们会通知您所涉及的费用，届时您可以选择在产生任何费用之前撤回或修改您的请求。

要申请核算，您可以填写并提交[患者权利表](#)，第 3 节，可在[这里](#)我们的网站上找到。

- **要求限制的权利**：您有权要求限制我们为治疗、付款或医疗保健业务使用或透露的有关您的受保护健康信息。您还有权要求限制我们向参与您的护理或支付护理费用的人（例如家人或朋友）透露的有关您的受保护健康信息。例如，您可以要求我们不使用或透露您的手术信息。您还有权将受保护健康信息的透露限制在您已全额自付服务费用的健康计划中。



我们不需要同意您的请求。如果我们同意，我们将遵守您的要求，除非是需要该信息为您提供紧急治疗或法律要求我们使用或透露该信息。

要请求限制，您可以填写并提交患者权利表，第 1 节，可在[这里](#)我们的网站上找到。

- **要求保密通信的权利**：您有权要求我们以某种方式或在某个地点就医疗事宜与您进行沟通。例如，您可以要求我们仅在工作时或通过邮件与您联系。

要请求保密通信，您可以填写并提交《患者权利表》第 1 节（或将您的书面请求发送至本通知所列地址的合规官）。我们不会询问您提出请求的原因。我们将满足所有合理的要求。您的请求必须说明您希望联系的方式或地点。

- **获得本通知书面副本的权利**：您有权获得本通知的书面副本。您可以随时要求我们向您提供我们的隐私惯例通知的书面副本。即使您同意以电子方式接收，您仍然有权获得书面副本。要获取此类副本，请通过本通知中列出的电话号码或地址联系您的医疗办公室或合规官。
- **投诉**：如果您认为您的隐私权受到侵犯，您有权向我们的办公室或卫生与公共服务部部长提出投诉。要向我们的办公室提出投诉，请联系我们的合规官或致电 1-866-915-0545。您不会因提出投诉而受到处罚或报复。
- **对本通知的更改**：我们保留更改本通知的权利，以及使修订或更改的通知对我们已经拥有的关于您的医疗信息以及我们将来收到的任何信息生效。我们将在办公室发布当前版本，其生效日期在第一页的右上角。我们还将在我们的网站上发布当前版本。您有权获得一份当前有效的通知副本。

**503-935-8000**

- Facebook
- Twitter
- YouTube
- LinkedIn
- Instagram