

隐私惯例告知书

生效日期：2018年9月4日

本告知书将说明如何使用与披露关于您的医疗信息，以及您可以如何获取该信息。请仔细阅读。

根据法律要求，我们需要保护可能暴露您身份的健康信息的隐私，并向您提供本告知书的副本，其中说明了我们的医疗组织、医务人员以及与医疗组织共同提供医护服务的附属医疗服务提供方（包括在我们的机构中提供服务的医生和医生组织）的健康信息隐私惯例。本告知书的副本将始终张贴在所有登记和/或住院点。您也可以[通过我们的安全患者平台—我的卓护医疗患者门户网站 \(myACPNY\)](#)，从该网站上获取副本，或向任意工作人员索取副本，或致电您接受治疗的医疗中心的行政办公室。

如果您对本告知书有任何疑问或想了解更多信息，请通过上述方式联系相关人员。

哪些健康信息会受到保护

我们致力于保护提供健康相关服务时收集到的有关您信息的隐私。受保护健康信息的一些示例包括：表明您是我们医疗组织的患者或表明您从我们的机构接受健康相关服务的信息、关于您健康状况的信息、遗传信息、或您参与的保险计划的医保福利信息、以及各种与可识别信息（例如您的姓名、地址、社会安全号码或电话号码）绑定的信息。

书面授权要求

一般而言，我们在使用您的健康信息或非我方医疗组织的人员分享您的健康信息之前，会获取您的书面授权。在下列情况下，我们在使用或分享您的健康信息之前必须获取您的书面授权，包括：

心理疗法记录。 未经您的书面授权，我们不得使用或披露您的心理疗法记录（如有）。

营销。 如果我们的医疗组织收到与医疗组织的通信成本无合理关系的直接或间接经济报酬，我们不得以营销为目的披露您的任何健康信息。

出售受保护的健康信息。 我们不会将您的健康信息出售给第三方。但是，出售受保护的健康信息并不包括用于公共卫生、研究（我们的医疗组织只收取准备和发送健康信息的费用）、治疗和支付、出售、转让、兼并所有或部分医疗组织、商业伙伴或其分包商代表医疗组织履行医疗职能、或法律要求和/或允许的其他目的而披露的信息。

图片。可以对患者或患者父母提供的图片在指定区域进行公开展示，但只能用于该目的。这些图片包括在我们的展示墙上陈列的新生儿或儿童的图片。患者或患者家属不可以在卓护医疗中心 (ACPNY) 办公室拍照或录像。

在未经您的书面授权之前，我们不会以本告知书中没有说明的任何其他类型的形式使用或披露您的健康信息。

如果您向我们提供书面授权，您可以随时撤销该书面授权，除非我们需依凭该书面授权。要撤回书面授权，请致函我们医疗组织的隐私官或指定人员¹。您也可以填写书面授权表格将您的记录转交给其他人。

如未经您的书面授权，我们将如何使用和披露您的健康信息

在下列情况下，我们在使用或向他人分享您的健康信息之前无需获取您的书面授权，包括：

1. 治疗、支付费用和健康医护运营

治疗：我们可能会向医疗组织内参与照顾您的医生或护士分享您的健康信息，他们反之可能使用这些信息对您进行诊断或治疗。我们医疗组织的一位医生可能会向另一位医生分享您的健康信息，以确定如何对您进行诊断或治疗。您的医生也可能向您的另一位转诊医生分享您的健康信息，以进行进一步的健康护理。

支付费用。我们可能会使用或与他人分享您的健康信息，以便获取医护服务的支付费用。例如，我们可能会与您的健康保险公司共享您的信息，以便在我们为您治疗后获取报销费用。在某些情况下，我们可能会向您的

保险公司分享您的信息，以确定该公司是否会支付您的治疗费用。

医护运营。我们可能会使用或与他人分享您的健康信息，以便进行业务运营。例如，我们可能会使用您的健康信息来评估员工对您的护理表现，或者培训员工如何改善他们为您提供的护理。

2. 预约提醒、治疗替代方案、福利和服务。在向您提供治疗的过程中，我们可能会使用您的健康信息与您联系，提醒您有一项治疗、服务或续配药的预约、推荐可能的治疗替代方案、或您可能感兴趣的与健康相关福利和服务。

3. 商业伙伴。我们可能会将您的健康信息披露给需要此类信息的承包商、代理人和其他“商业伙伴”，以协助我们获取付款或开展我们的业务运营。例如，我们可能与帮助我们向您的保险公司获取付款的收账公司，或者与向我们提供专业建议的会计公司或律师事务所分享您的健康信息。如果我们确定要向商业伙伴披露您的健康信息，我们会签订书面合同，以确保我们的商业伙伴也同样保护您的健康信息隐私。如果我们的商业伙伴将您的健康信息披露给分包商或供应商，该商业伙伴将签订书面合同，以确保分包商或供应商也同样保护信息隐私。

4. 指定参与您护理的朋友和家人。如果您不反对，我们会与参与您护理或支付您的护理费用的家庭成员、亲属或密友分享您的健康信息，包括您离世之后的情况。

5. 免疫接种证明。如果该州或其他法律要求学校在招生之前提供免疫接种证明，且儿童为该校学生或招生对象，在父母、监护人、其他“代替父母者”或个人（包括成年人或脱离父母独立生活的未成年人）授权我们向学校披露儿童免疫接种证明的情况下，我们会进行披露，但无需书面授权。

¹大多数情况下，指定人员是指您接受护理的医疗中心的管理员

6. 紧急情况或公共需求。紧急情况或法律要求。如果您需要紧急治疗或法律要求我们为您治疗，我们可能会使用或披露您的健康信息。如果法律有要求，我们可能会使用或披露您的健康信息，如果法律要求告知，我们会将使用和披露情况通知您。

公共卫生活动。我们可能会将您的健康信息披露给获得授权的公共卫生官员（或与此类官员合作的外国政府机构），以便他们依法开展公共卫生活动，例如控制疾病或公共卫生危害。如果法律允许，我们也可能将您的健康信息披露给可能已经接触到传染病或有可能感染或传播该疾病的人。最后，如果您的雇主雇佣我们为您提供体检，并且我们发现您身负工伤或与工作相关的疾病，且您的雇主为遵守劳动法必须了解有关此类损伤或疾病的信息，我们可能会向您的雇主披露您的一些健康信息。

虐待、忽视或家庭暴力的受害者。我们可能会将您的健康信息披露给有权接收虐待、忽视或家庭暴力报告的公共卫生机构。

卫生监督活动。我们可能会向授权对我们的机构进行审计、调查和检查的政府机构披露您的健康信息。这些政府机构会监督医疗保健系统与政府福利计划（例如联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡））的运作，以及对政府监管计划和民权法的遵守情况。

诉讼与纠纷。如果法院或行政法庭在处理诉讼或其他纠纷时要求我们披露您的健康信息，我们会按要求披露。我们也可以根据传票、举证请求或其他涉及纠纷者的合法要求披露您的信息，但前提是必须获得所需的司法批准或其他批准或必要的授权。

执法。我们可能会出于某些原因向执法人员披露您的健康信息，例如遵守法庭命令、协助识别逃犯

或寻找失踪人员、我们怀疑犯罪致您死亡的情况、或在必要时，在医疗紧急情况下报告一起发生在我们的财产领地内/外的犯罪。

为避免对健康或安全造成严重且紧迫的威胁。在必要时，我们可能会使用或与他人分享您的健康信息，以防止对您、他人或公众的健康或安全造成严重且紧迫的威胁。在这种情况下，我们只会向有助于防止威胁的人员分享您的信息。如果您告诉我们您参与了可能对他人造成严重身体伤害的暴力犯罪（除非您在进行咨询时承认这一事实），或者我们确定您从合法拘留（例如监狱或精神健康机构）中逃脱，我们也可能向执法人员披露您的健康信息。

国家安全和情报活动或保护服务。我们可能会将您的健康资料披露给经授权的联邦官员，他们正在进行国家安全和情报活动，或为总统或其他重要官员提供保护服务。

军人和退伍军人。如果您是武装部队成员，我们可能会向合适的军事指挥当局披露您的健康信息，以便他们进行必要的活动，完成其军事任务。我们可能会向合适的外国军事当局披露有关外国军事人员的健康信息。

囚犯和劳教所。如果您是囚犯或被执法人员拘留，我们可能会在必要时向监狱官员或执法人员披露您的健康信息，以便为您提供健康护理，或在您被监禁的地方维持安全、稳固和良好的秩序。这包括分享必要的信息，需用于保护其他囚犯或参与监督或运送囚犯人员的健康和安全的。

工伤赔偿。我们可以为工伤赔偿或为工伤提供福利的类似计划披露您的健康信息。

验尸官、法医和殡仪员。如果您死亡，我们可能向验尸官或法医披露您的健康信息。我们也可能

在必要时将这些信息披露给殡仪员，以便其履行职责。

器官和组织捐赠。如果您已死亡或濒死，我们可能会向采购或储存器官、眼睛或其他组织的机构披露您的健康信息，以便这些机构根据适用法律调查是否可以进行捐赠或移植。

7. **完全或部分不可识别的信息。**如果我们删除了任何有可能识别您身份的信息，从而使您的健康信息“完全去识别化”，我们可能会使用和披露您的健康信息。如果接收信息者根据联邦和州法律的要求签署了保护信息隐私的协议，我们也可能使用和披露您的“部分去识别化”健康信息。部分去识别化健康信息不包含任何能直接识别您的信息（例如您的姓名、街道地址、社会安全号码、电话号码、传真号码、电子邮件地址、网址或许可证号码）。

8. **偶然披露。**虽然我们会采取合理措施来保护您的健康信息隐私，但在我们以其他许可方式使用或披露您的健康信息过程中，有可能或无法避免地披露您的某些健康信息。例如，在治疗环节的过程中，治疗区的其他患者可能会看到或听到对您健康信息的讨论。

9. **筹款。**我们可以使用或披露您的人口统计信息用于筹款，包括姓名、地址、其他联系信息、年龄、性别、出生日期、向您提供医疗服务的日期、服务部门信息、主治医生、结果信息和健康保险状况。在向您发出的每一次筹款通信中，您都有机会选择不接收任何进一步的筹款通信。如果您选择重新接受此类通信，我们也会为您提供这一机会。

10. **计划赞助商。**团体健保计划或与之相关的健康保险发行人或 HMO 可向团体健保计划的赞助商披露您的健康资料。

本告知书的变更

我们保留随时变更本告知书并使修订或变更后的告知者在日后生效的权利。如有任何变更，我们将通知您。

您获取和管理健康信息的权利

您有以下权利来获取并管理您的健康信息：

1. **获取记录副本的权利。**只要我们在记录中保留了健康信息（包括医疗和账单记录），您就有权获取您的任何健康信息的副本，这些信息可用来对您的个人情况和治疗做出决定。要获取您的健康信息副本，请您向所在治疗中心的管理员提出书面申请。如果您要求提供一份信息副本，我们可能会收取复印、邮寄或其他您要求的用品的费用。如果您想获取健康信息的电子版副本，只要我们能够随时按照要求的格式提供此类信息，我们就会按照要求提供电子版表格副本。反之，我们将与您合作，按照约定提供可读的电子版表格。

2. **修改记录的权利。**如果您认为我们提供的有关您的健康信息有误或不完整，只要这些信息保存在我们的记录中，您都可以通过书面申请要求我们进行修改。您的要求应该包含您认为我们应该进行修改的理由。如果我们拒绝您的部分或全部要求，我们将提供一份书面通知，解释我们这么做的原因。您有权将与要求修改有关的某些信息纳入您的记录之中。

3. **获取披露信息说明的权利。**您有权要求提供“披露信息说明”，这是一份关于我们如何与他人分享您的健康信息的清单。若要获得披露信息说明的申请表格，请致函隐私官。您有权每 12 个月免费收到一份清单。但是，在同一 12 个月的期限内，我们可能会向您收取提供的任意额外清单的费用。

4. **接收违反通知的权利。**如果您无安全保障的健康信息可能发生了泄露，您有权在发现违反后的六十 (60) 天内得到通知。该通知将包含

对所发生事件的说明，包括：日期、泄露所涉及的信息类型、您应该采取的保护自己免受潜在伤害的步骤、对泄露事件调查的简要说明、减轻对您的伤害的举措、防止进一步泄露的保护措施以及为您解答疑问的联系步骤。

5. 申请限制的权利。 针对用于治疗您的病情、收取相关治疗费用、开展正常业务运营、或向参与您护理的家人或朋友披露的信息，您有权要求我们进一步限制使用和披露您健康信息的方式。如果您已经全额支付了服务费用，并且法律没有要求披露信息，您也有权要求不向健保计划披露您的健康信息。该限制申请仅适用于该特定服务。您之后必须为每项服务申请限制。如需申请限制，请致函隐私官或指定人员²。我们无需同意您的限制申请，在某些情况下，您申请的限制可能不被法律允许。但是，如果同意申请的限制，我们将受协议约束，除非需要该信息为您提供紧急治疗或遵守法律。一旦我们同意了某项限制，您有权随时撤销该限制。在某些情况下，只要我们在撤销限制前通知您，我们也将有权撤销该限制。

6. 要求保密沟通的权利。 您有权要求我们以更保密的方式针对医疗事宜与您联系，例如通知为您提供协助的注册人员要在您的工作场所而非在家中向您致电。我们不会过问您提出此要求的原因，我们会尽力满足所有合理要求。

7. 请人代为行事的权利。 您有权指定一位私人代表，他/她可以代您管理您的健康信息隐私。父母和监护人通常有权管理未成年人健康信息的隐私，除非法律允许未成年人以自己的名义行事。

8. 获取告知书副本的权利。 如果您将来收到本告知书的电子版本，您同样有权获取本告知书的纸质副本。我们可能会不时变更我们的隐私惯例。如有变更，我们将修订本告知书，并在我们的登记区和网站上张贴所有的修订版告知书。

9. 投诉权。 如果您认为自己的隐私权受到了侵犯，可以通过 646-680-2828 致电隐私官、以及致电卓护医疗中心 (ACPNY) 合规和道德热线 **1-844-7-COMPLY** (1-844-726-6759) 向我们提出投诉，或向卫生与公众服务部秘书提出投诉。卓护医疗中心不会因您的投诉而拒绝提供治疗或对您采取行动。

10. 可以适用于特别保护信息的使用和披露情况。 某些诸如与艾滋病毒 (HIV) 有关的信息、酒精和药物滥用治疗信息、心理健康信息和遗传信息都十分敏感，因此州或联邦法律为此类信息提供特别保护。因此，本通用隐私惯例告知书的某些部分的内容可能不适用于此类信息。如果您对此类信息的使用或披露方式存有疑问或担忧，请与您的医疗服务提供方交流。

²大多数情况下，指定人员是指您接受护理的医疗中心的管理员

患者姓名 _____

出生日期 _____

确认与同意书

通过在下方签字，本人承认，本人已经获得本隐私惯例告知书的副本，并因此被告知本告知书开头所列的医疗组织使用和披露有关本人健康信息的方式，以及本人获取并管理此信息的方式。通过在下方签字，本人同意使用和披露本人的健康信息，以便对本人进行治疗及安排医疗护理、为本人提供的服务寻求和接收付款，以及为医疗组织、其工作人员及其商业伙伴进行业务运作。在本人提供照片用于张贴在指定办公区域（例如展示墙）的情况下，本人同意此种信息使用和披露方式。

患者或私人代表的手写签名

患者或私人代表的正楷姓名

日期

私人代表的权限说明