

隐私保护措施声明

生效日期：2026年2月13日

本声明阐述了我們如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

我们依法有义务保护可能泄露您身份的健康信息的隐私，并向您提供本声明的副本。本声明阐述了我們医疗集团、其医务人员以及与我们医疗集团共同提供医疗保健服务的附属医疗保健提供者（包括在我们医疗机构提供服务的医生和医生团队）的健康信息隐私保护措施。所有登记和/或入院处均会张贴本声明的副本。您也可以通过我们的网站、我们的安全患者门户 myACPNY 获取副本，或向任何工作人员索取副本，或致电您就诊的医疗中心的行政办公室索取。

如果您对本声明有任何疑问或希望了解更多信息，请联系上述相关人员。

哪些健康信息收到保护

我们承诺，对于我们在提供健康相关服务过程中收集的有关您的信息，进行保密。受保护健康信息的示例包括：表明您是我们医疗集团的患者或正在接受我们医疗机构提供的健康相关服务的信息、您的健康状况、基因信息或您的保险计划下的医疗保健福利信息，上述任何信息在与您的姓名、地址、社会安全号码或电话号码等身份识别信息结合时，即构成受保护健康信息。

书面授权要求

通常，我们会在使用您的健康信息或将其与我们医疗集团以外的其他人共享之前，获取您的书面授权。在某些情况下，我们必须在使用或共享您的健康信息之前获得您的书面授权，包括：

心理治疗笔记。未经您的书面授权，我们不得使用或披露您的心理治疗记录（如有）。

健康信息的营销或出售。在大多数情况下，出于营销目的使用或披露您的医疗信息，或出售您的医疗信息，都需要获得您的书面许可。“出售”您的医疗信息不包括我们可能因研究或诊所整体出售而获得的补偿。我们可就我们自身的产品或服务、您可在我们诊所获得的产品和服务，或您可从您的健康计划（或为您的健康计划成员服务的任何人）获得的产品和服务与您沟通。

图片。患者或患者家属提供的照片 仅可在指定区域公开展示，且仅限用于此目的。这包括在我们的“炫耀墙”上展示您新生儿或孩子的照片。患者或其家属不得在 ACPNY 诊所内拍照或录像。

未经您事先书面授权，我们不会将您的健康信息用于本声明未阐述的任何其他用途或披露。

如果您向我们提供书面授权，您可以随时撤销该授权，但已依据该授权行事的部分除外。如需撤销书面授权，请致函我们医疗集团的隐私官或指定人员¹

¹在大多数情况下，指定人员将是您接受治疗所在的医疗中心的管理者。

您也可以通过填写书面授权表格，将您的病历转移给他人。

我们如何在未经您书面授权的情况下使用和披露您的健康信息

在某些情况下，我们无需您的书面授权，即可使用或与他人共享您的健康信息，包括：

1. 治疗、支付与医疗保健运营。

治疗。我们可能会与参与您治疗的医疗集团的医生或护士共享您的健康信息，而他们可能会使用这些信息对您进行诊断或治疗。我们医疗集团的医生可能会与其他医生共享您的健康信息，以确定如何对您进行诊断或治疗。您的医生也可能与接受您转诊的其他医生共享您的健康信息，以提供进一步的医疗保健服务。

支付。我们可能会使用或与他人共享您的健康信息，以便针对您的医疗保健服务获得报酬。例如，我们可能会与您的健康保险公司共享您的信息，以便在您接受治疗后获得报销。在某些情况下，我们可能会与您的健康保险公司共享您的信息，以确定其是否承保您的治疗费用。

医疗保健运营。我们可能会使用或与他人共享您的健康信息，以便开展业务运营。例如，我们可能会使用您的健康信息来评估我们的员工在照顾您时表现如何，或培训我们的员工如何改进为您提供的护理，用于某些无需书面同意的研究目的，或在我们的诊所出售或转让的情况下使用您的健康信息。

2. 预约提醒、治疗替代方案、福利和服务。在为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，提醒您有治疗、服务或续药预约，或向您推荐您可能感兴趣的治疗替代方案或健康相关的福利和服务。

3. 业务伙伴。我们可能会向承包商、代理人及其他需要信息的“业务伙伴”披露您的健康信息，以便协助我们获取付款或开展业务运营。例如，我们可能会与相关结算公司共享您的健康信息，以便其协助我们向您的保险公司收取款项；我们还可能向为我们提供专业咨询的会计师事务所或律师事务所共享您的健康信息。如果我们确实向业务伙伴披露您的健康信息，我们会签订书面合同，以确保我们的业务伙伴也保护您健康信息的隐私。如果我们的业务伙伴向分包商或供应商披露您的健康信息，该业务伙伴也将签订书面合同，以确保分包商或供应商也会保护这些信息的隐私。

4. 指定参与您护理的亲友。如果您不反对，我们可能会将您的健康信息分享给参与您护理或支付护理费用的家人、亲戚或亲密朋友，包括您去世后。

5. 免疫接种证明。如果州法律或其他法律要求学校在录取学生前必须获得免疫接种证明，而相关儿童是该校学生或准学生，则在获得其家长、监护人、其他代理父母行事的人或本人（如为成年人或已解除监护的未成年人）的授权后，我们可以向学校披露该儿童的免疫接种证明，但我们无需书面授权。

6. 紧急情况或公共需要。

紧急情况或法律要求。如果您需要紧急治疗，或者法律要求我们为您提供治疗，我们可能会使用或披露您的健康信息。如果法律要求，我们可能会使用或披露您的健康信息，并且如果法律要求通知，我们将告知您这些使用和披露情况。

公共卫生活动。我们可能会向经授权的公共卫生官员（或与此类官员合作的外国政府机构）披露您的健康信息，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，我们可能会向可能接触过传染病或有感染或传播疾病风险的人员披露您的健康信息。此外，如果您的雇主聘请我们为您进行体检，而我们发现您患有与工作相关的伤害或疾病，且您的雇主必须知晓该情况以遵守劳动法，则我们可能会向您的雇主披露您的部分健康信息。

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

健康监督活动。我们可能会向有权对我们的设施进行审计、调查和检查的政府机构披露您的健康信息。这些政府机构负责监督医疗保健系统的运作、政府福利计划（例如 Medicare 和 Medicaid）以及政府监管计划和民权法的遵守情况。

诉讼与争议。如果负责处理诉讼或其他争议的法院或行政法庭下令，我们可能会根据要求披露您的健康信息。他们也可能在收到传票、调查请求或争议相关人员的其他合法请求后披露您的信息，但前提是获得司法或其他批准或必要授权。

执法部门。我们可能出于某些原因向执法官员披露您的健康信息，例如为了遵守法院命令；协助识别逃犯或寻找失踪人员；如果我们怀疑您的死亡是由犯罪造成；或在医疗紧急情况下，为了报告发生在我们场所内外的犯罪行为，而有必要进行的披露。

为避免对健康或安全构成严重且迫在眉睫的威胁。我们可能会使用您的健康信息，或在必要时与他人分享，以防止对您的健康或安全，或者他人或公众的健康或安全构成严重且迫在眉睫的威胁。在这种情况下，我们只会与能够帮助防止威胁的人员共享您的信息。如果您告知我们您参与了可能对他人造成严重人身伤害的暴力犯罪（除非您在咨询时承认了这一事实），或者如果我们认定您逃离了合法拘留场所（例如监狱或精神健康机构），我们也可能向执法人员披露您的健康信息。

国家安全与情报活动或保护服务。我们可能会向正在开展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的授权联邦官员披露您的健康信息。

军人与退伍军人。如果您是武装部队成员，我们可能会向相关军事指挥部门披露您的健康信息，从而为他们执行军事任务所需开展的活动提供协助。我们也可能向相应的外国军事当局披露外国军事人员的健康信息。

囚犯与惩教机构。如果您是囚犯或被执法人员拘留，我们可能会向监狱官员或执法人员披露您的健康信息，以便在必要时为您提供医疗保健服务，或维持您被关押场所的安全、保障和秩序。这包括分享为保护其他囚犯或参与监管或押送囚犯人员的健康和安​​全所必需的信息。

工伤赔偿。我们可能会披露您的健康信息，用于工伤赔偿或类似的工伤福利计划。

验尸官、法医和殡葬业者。如果您去世，我们可能会向验尸官或法医披露您的健康信息。我们还可能根据需要向殡葬公司提供此信息，以便他们履行职责。

器官和组织捐献。如果您不幸去世或即将去世，我们可能会向获取或储存器官、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献或移植。

7. 完全去标识或部分去标识信息。如果我们已删除任何可能识别您身份的信息，使您的健康信息“完全去标识化”，我们可以使用并披露您的健康信息。如果信息接收者根据联邦和州法律要求签署了隐私保护协议，我们也可以使用并披露关于您的“部分去标识化”的健康信息。部分去标识化的健康信息不会包含任何可直接识别您身份的信息（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、网站地址或驾照号码）。

8. 意外披露。尽管我们会采取合理的措施来保护您健康信息的隐私，但在我们合法使用或披露您的健康信息的过程中，或由于其他不可避免的原因，您的健康信息可能会发生意外披露。例如，在治疗过程中，治疗区域内的其他患者可能会看到或听到有关您健康信息的讨论。

9. 筹款。我们可能会出于筹款目的使用或披露您的人口统计信息，包括姓名、地址、其他联系方式、年龄、性别、出生日期、您接受医疗保健的日期、服务科室信息、主治医师、治疗结果信息以及健康保险状况。每收到一次筹款通知后，你都有机会选择不接收任何后续的筹款通知。如果您愿意，我们也会为您提供机会，让您重新选择接收此类通知。

10. 计划发起人。团体健康计划，或与团体健康计划相关的健康保险发行方或健康维护组织 (HMO) 可能会向团体健康计划的发起人披露您的健康信息。

本声明的变更

我们保留随时更改本声明的权利，并使修订或更改后的声明在未来生效。如有任何变更，我们将通知您。

您访问和控制自身健康信息的权利

您拥有以下访问和控制自身健康信息的权利：

1. 获取记录副本的权利。您有权获取任何可能用于做出关于您和您的治疗方案的决策的健康信息副本，只要我们仍将这些信息保存在我们的记录中，包括医疗记录和账单记录，如需获取您的健康信息副本，请以书面形式向您接受治疗所在的医疗中心的管理员提出申请。如果您申请副本，我们可能会收取复印、邮寄或其他用于满足您申请所需的材料费用。如果您需要健康信息的电子副本，只要我们能够以您要求的形式提供，我们将按要求提供电子副本。否则，我们将与您合作，按照双方约定的方式提供可读的电子版本。

2. 修改记录的权利。如果您认为我们掌握的关于您的健康信息不正确或不完整，只要该信息仍保存在我们的记录中，您就可以书面要求我们修改该信息。您的请求应包括您认为我们应当进行修改的理由。如果我们拒绝部分或全部请求，我们会提供书面通知，说明原因。您有权要求将与您请求的修改相关的某些信息添加到您的记录中。

3. 披露的知情权您有权要求获取“披露记录”，即一份列明我们如何与他人共享您的健康信息的清单。如需获取信息披露记录的申请表，请致函隐私官。您有权每 12 个月免费获得一份清单。但是，在同一 12 个月期间，如果您申请获取额外的清单，我们可能会收取费用。

4. 收到信息泄露通知的权利。如果您的未加密受保护健康信息可能遭到泄露，您有权在发现泄露事件后的六十 (60) 天内收到通知。通知将包含事件描述，包括日期、泄露涉及的信息类型、您为避免潜在损害而应采取的保护措施、泄露事件调查的简要说明、减轻对您造成的损害的措施、防止进一步泄露的保护措施以及解答您疑问的联系方式。

5. 请求限制的权利。您有权要求我们进一步限制使用和披露您的健康信息的方式，包括用于治疗您的病情、收取治疗费用、开展正常业务运营，或者向参与您护理的家人或朋友披露您的相关信息。如果您已全额支付服务费用，且法律未要求披露，您也有权要求不向健康计划披露健康信息。限制请求仅适用于该特定服务。之后，您需要为每项服务单独提出限制请求。如需提出限制请求，请致函隐私官或指定人员。²我们没有义务同意您的限制请求，在某些情况下，您提出的限制请求可能并不符合法律规定。但是，如果我们同意，我们就会遵守约定，除非我们需要该信息来为您提供紧急治疗或遵守法律。一旦我们同意了限制，您有权随时撤销该限制。在某些情况下，只要我们事先通知您，我们也有权撤销该限制。

6. 请求保密通信的权利。您有权要求我们以更保密的方式就您的医疗事宜与您联系，例如通过告知为您提供协助的登记人员，选择拨打您的工作电话而非家庭电话。我们不会询问您的请求原因，并尽力满足所有合理的请求。

²在大多数情况下，指定人员将是您接受治疗所在的医疗中心的管理者。

7. 指定代理人的权利。您有权指定个人代表，代表您控制健康信息的隐私。父母和监护人通常有权控制未成年人的健康信息隐私，除非法律允许未成年人自行行事。

8. 获取声明副本的权利。如果您以电子方式收到此声明，您有权获得此声明的纸质副本我们可能会不时更改我们的隐私政策。如有变更，我们将修订本声明，并在登记区域和网站上发布修订后的声明

9. 提出投诉的权利。如果您认为您的隐私权受到侵犯，您可以拨打 ACPNY 合规与道德热线 **1-844-7-COMPLY (1-844-726-6759)** 或向美国卫生与公众服务部部长提出投诉。Advantage Care Physicians 不会因为您提出投诉而拒绝为您提供治疗，也不会对您采取不利行动。

10. 可能适用特殊保护的情况下的使用和披露。

某些类型的敏感健康信息，例如 HIV 相关记录、某些生殖健康信息、心理健康信息以及物质使用障碍治疗记录，依法受到更严格的保护。如果任何州或联邦法律或法规限制我们以本声明允许的方式使用或共享您的信息，我们将遵守更严格的法律或法规。

对于受联邦法规 42 CFR 第 2 部分（第 2 部分记录）管辖的药物滥用记录信息，除非法律允许我们在未经您书面同意的情况下使用和披露，否则我们将获得您的书面同意。除非您提供明确的书面同意（与其他任何同意分开）或法院发出适当的命令，否则我们不会披露任何第 2 部分记录用于针对您的任何民事、行政、刑事或立法程序。

问题或疑虑

如果您有任何疑问或希望行使本声明中阐述的权利，请联系隐私团队，地址 55 Water Street, 2nd Floor, New York, NY 10041；电话1-844-726-6759；或发送电子邮件至 privacy@acpny.com。

大多数行使权利的请求必须以书面形式向隐私团队或医疗机构提出。如需了解更多信息或索取申请表，请联系隐私团队或访问 <https://www.acpny.com/visit/post-visit/medical-records-privacy>。

确认与同意

本人在下方签名，即表示已收到本隐私实践声明的副本，并已了解本声明开头列出的医疗机构如何使用和披露我的健康信息，以及我如何访问和控制这些信息。在下方签署，即表示我同意使用和披露我的健康信息，用于治疗 and 安排医疗护理，寻求并收取服务费用，以及医疗集团、其员工和业务伙伴的业务运营。如本人提供照片用于张贴在指定办公区域（例如“炫耀墙”），本人亦同意此类使用和披露。

患者姓名

签名

日期

个人代表姓名（如适用）

个人代表的权限（例如，父母、监护人、医疗保健代理人）