

**您的信息。
您的权利。
我们的责任。**

本通告针对如何使用和披露您的医疗信息及您如何访问此类信息的情况进行了详细介绍。
请认真阅读。

**您的
权利**

您有权：

- 获取您的健康和索赔记录副本
- 修改您的健康和索赔记录
- 索取机密通信内容
- 要求我们限制所分享的信息
- 获取与我们分享您的信息者的清单
- 获取本隐私保护细则通告的副本
- 选择某人代行您的权利
- 提交投诉（若您认为您的隐私权受到侵犯）

» **请参见第 2 页，**
了解更多关于这些
权利及如何行使权
利的相关信息

**您的
选择**

在下列情况下，您可选择我们使用和分享信息的方式：

- 回答您家人和朋友就保险提出的问题
- 提供灾难救援
- 出售我们的服务及出售您的信息

» **请参见第 3 页，**
了解更多关于这些选择
及如何进行选择的相
关信息

**我们使用和
披露信息**

在下列情况下，我们可使用和分享您的信息：

- 帮助管理您接受的医学治疗
- 经营我们的组织
- 支付您的健康服务费用
- 管理您的健康计划
- 帮助解决公共卫生和安全问题
- 开展研究
- 依循法律
- 回应器官和组织捐献请求及配合法医或丧葬承办人的工作
- 处理工伤赔偿、执法及其他政府要求
- 应对诉讼和法律制裁

» **请参见第 3 和第
4 页，**了解更多
关于这些选择及
如何进行选择的
相关信息

您的权利

在谈及您的健康信息时，您享有某些权利。

本部分将详细解释您享有的权利及我们应履行的帮助职责。

获取您的健康和 索赔记录副本

- 您可请求查看或获取由我们保管的关于您的健康和索赔记录及其他健康信息的副本。您可询问我们如何进行查看或获取。
- 我们通常在请求发出 30 日内向您提供健康和索赔记录副本或摘要。我们可能会收取合理的成本费。

请求修改健康 和索赔记录

- 若您认为您的健康和索赔记录有误或不完整，则可请求我们修改。您可询问我们如何进行修改。
- 我们可能会拒绝您的请求，但我们会在 60 日内以书面形式告知您原因。

索取机密通信 内容

- 您可请求我们以特定方式与您取得联系（例如通过宅电或办公电话），或将邮件寄送至其他地址。
- 我们会考虑所有的合理请求，若您告知我们，如若不同意您的请求，将置您于危险境地时，我们将必须同意您的请求。

请求我们限制 使用或分享您 的信息

- 您可请求我们**不**使用或分享某些健康信息，如治疗、付款或我们的运营等信息。
- 我们可以拒绝您的请求，若此类请求会对您的治疗产生影响，则我们会表示拒绝。

获取与我们分享 信息者的清单

- 您可索取一份列有我们分享您健康信息的时间（自提出请求之日起前 6 年内）、分享对象及分享原因的清单（账单）。
- 我们的清单中将包含所有信息披露情况，但关于治疗、付款、医疗服务运营的信息披露及某些其他信息披露情况（例如您要求我们披露的信息）除外。我们在一年内仅免费提供一份清单，若在 12 个月内额外索取一份，我们将收取合理的成本费。

获取本隐私保护 细则通告的副本

- 即使您已同意以电子形式接收本通告，您亦可随时索取本通告的纸印本。我们将尽快为您提供纸印本。

选择某人代行您 的权利

- 若您已将医疗授权书交予某人，或某人为您的法定监护人，则此人可行使您的权利并针对您的健康信息做出选择。
- 我们在采取任何行动之前将确保此人持有授权且能够代您行使权利。

提交投诉（若您 认为您的权利受 到侵犯）

- 若您认为我们侵犯了您的权利，则可使用第 1 页中提供的信息与我们联系，并提交投诉。

• 您可向美国卫生和社会服务部民权办公室提交投诉函，地址：
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201,
电话：1-877-696-6775，或访问网站：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

- 我们不会因您提交投诉而实施报复。

您的选择

对于某些健康信息，您可告知我们，您同意我们分享哪些信息。若您对我们在下述情况下分享您信息的方式有任何明确的偏好，请告知我们。请告诉我们您希望我们采取的做法，我们将遵照您的指示行事。

在这些情况下，您有权且可选择告诉我们：

- 与您的家人、密友或为您支付治疗费用的其他相关人士分享信息
- 在实施灾难救援的情况下分享信息

若您无法告诉我们您的偏好（例如您丧失意识），在我们认为符合您最佳利益的情况下，我们将继续分享您的信息。同时，在需要化解严重、紧迫的健康或安全威胁的情况下，我们也会分享您的信息。

在这些情况下，我们绝不会分享您的信息，除非您向我们提供书面许可：

- 出于营销之目的
- 出售您的信息
- 多数心理治疗记录

我们使用和披露信息

一般情况下，我们如何使用或分享您的健康信息？我们一般采用下列方式来使用和分享您的健康信息。

帮助您接受的医学治疗

- 我们可使用您的健康信息并与为您提供治疗的专业人士分享。

示例：医生将您的诊断和治疗计划发送给我们，以便我们安排其他服务。

经营我们的组织

- 出于经营我们的组织和在必要时与您联系之目的，我们可使用和披露您的信息。
- **我们不得使用遗传信息来决定是否为您提供保险及决定保险的价格。**但此项规定不适用于长期护理计划。

示例：我们使用您的健康信息来为您开发更好的服务。

支付您的健康服务费用

- 由于我们为您支付健康服务的费用，因此，我们可使用和披露您的健康信息。

示例：我们与您的牙科计划分享您的信息，以便为您的牙科服务协调付款事宜。

管理您的计划

- 出于计划管理之目的，我们可向您的健康计划资助者披露您的健康信息。

示例：您的公司与我们签订提供健康计划的合约，而我们为您的公司提供某些统计数据，以解释我们收取的保费。

在其他情况下，我们如何使用或分享您的健康信息？ 我们可以或需要以其他方式分享您的信息，通常为有助于公益事业的方式，如公共卫生和研究。在我们出于此类目的分享您的信息之前，我们必须满足法律规定的诸多条件。如需了解更多信息，请访问：
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

.....
**帮助解决公共卫生和
安全问题**

- 我们可在某些情况下分享您的健康信息，例如：
 - 预防疾病
 - 协助产品召回
 - 报告药物不良反应
 - 报告疑似虐待、忽视或家庭暴力事件
 - 预防或化解对任何人的健康或安全产生的严重威胁

.....
开展研究

- 我们可出于健康研究之目的使用或分享您的信息。

.....
依循法律

- 我们将根据州或联邦法律的要求分享您的信息，例如：若美国卫生和社会服务部欲确认我们是否符合联邦隐私保护法，则我们将与其分享您的信息。

.....
**回应器官和组织捐献
请求及配合法医或丧
葬承办人的工作**

- 我们可与器官劝募组织分享您的健康信息。
- 当某人身故时，我们可与验尸官、法医或丧葬承办人分享健康信息。

.....
**处理工伤赔偿、执法
及其他政府要求**

- 我们可出于下列原因使用或分享您的健康信息：
 - 处理工伤赔偿理赔
 - 出于执法之目的或与执法官员分享
 - 为举办法律授权的活动而与卫生监督机构分享
 - 为履行特殊政府职能，如军事、国家安全及总统保护服务

.....
应对诉讼和法律制裁

- 为应对法院或行政命令，或应对法院命令，我们可分享您的健康信息。

-
- I. OHA 可使用或披露投保登记表格中受保护的健康信息 (PHI)，以帮助确定您符合哪些计划的资格或您应享有哪种类型的保险。
 - II. OHA 一贯遵守联邦和州隐私保护法律的规定，包括遵守药物和酒精滥用与治疗及心理健康疾病与治疗的相关法律。
 - III. OHA 可使用或披露药物滥用记录，且仅与 OHA 签订专门协议之人或企业有权获取此类记录。
 - IV. 若 OHA 在获得您批准的情况下向他人披露信息，则披露的信息将不受隐私法规的保护，而接收信息者无需保护此类信息。他们可在未经您批准的情况下向他人披露您的信息。

我们的责任

- 我们将依法确保您的受保护之健康信息的私密性和安全性。
- 一旦发生危及信息隐私性或安全性的违规情形，我们将立即通知您。
- 我们必须履行本通告中所述之职责和隐私保护细则，并向您提供本通告的副本。
- 除本文中所述之情况外，我们不会使用或分享您的信息，除非您以书面形式通知我们，表示允许我们使用或分享。在您通知我们允许使用和分享您的信息后，您可随时改变主意。若您改变主意，请以书面形式通知我们。

如需了解更多信息，请访问：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html。

更改本通告条款

我们可更改本通告条款，而所做更改将适用于我们掌握的与您相关之所有信息。您可向我们索取、在我们的网站上获取新的通告，同时，我们还会向您邮寄一份副本。

审批者：Suzanne Hoffman，COO，2014年2月14日

本隐私保护细则通告适用于俄勒冈州卫生局及其业务伙伴，包括俄勒冈州社会服务部。

如要行使任何上述隐私权，您可联系当地的 OHA 办事处。

如要索取本通告的其他语言版本、大字体版本、盲文版或其他格式版本，请致电：

503-378-3486，传真：503-373-7690 或 TTY 专线：503-378-3523。我们提供本通告的英文版和译文版，包括西班牙语、俄语、越南语、索马里语、阿拉伯语、缅甸语、波斯尼亚语、柬埔寨语、韩语、老挝语、葡萄牙语、汉语，以及大字体版本和盲文版。

OREGON HEALTH AUTHORITY (俄勒冈州卫生局)

Privacy Officer, 500 Summer Street NE, E-24,
Salem, OR 97301

电子邮件：dhs.privacyhelp@state.or.us

电话：503-945-5780

传真：503-947-5396