|  |  |
| --- | --- |
| Logo, company name  Description automatically generated | **隐私操作通知** |

本通知旨在介绍您的医疗信息使用和披露方式以及信息获取方式。请认真查看。

Neighborhood Health Center社区健康中心（NHC）尊重您的隐私。未经您的许可或法律授权或要求，本中心不会向他人披露您的信息。社区健康中心所有代理人均有责任遵守本通知的条款和条件，维护您的个人健康信息隐私，并向您提供社区健康中心的法律义务和隐私操作通知。本通知适用于我们拥有的关于您本人、您的健康、健康状况以及您在所有社区健康中心初级保健诊所、牙科诊所、学校健康中心和药房接受的保健和服务信息和记录。您的健康信息可能包括由社区健康中心创建和接收的信息，可能以书面或电子记录或口头语言的形式存在，也可能包括您的健康史、健康状况、症状、体检、检验结果、诊断、治疗、手术、处方、相关账单活动和类似类型的健康相关信息。

我们依法向您发送本通知。本通知将向您告知我们可能使用和披露您健康信息的方式，并介绍您的权利以及我们使用和披露此信息相关义务。

 **使用和披露**

我们通常以下列方式使用或共享您的健康信息：

**治疗。**我们可能会使用您的健康信息为您提供医疗或服务。我们可能会向医生、牙医、行为学家、护士、技术人员、药剂师、员工或参与您护理的其他社区健康中心人员披露您的健康信息。

*示例：为您治疗伤病的医生**会向其他医生询问您的整体健康状况，确保为您制定合适的治疗决策。*

为协调您的保健工作，本中心的不同人员可能会共享您的信息，并将信息透露给社区健康中心之外的人员，例如打电话给您的药房开具处方、安排实验室工作和预约x光。家庭成员和其他医疗保健提供者可能会参与您在本办公室以外的医疗保健，并可能需要您的相关信息。在与您的家人或护理人员分享健康信息之前，我们会请求您的许可，除非您因健康状况无法同意此类披露。

**付款。**我们可能会使用和披露您的健康信息，向健康计划或其他实体收取费用。

 *示例：我们向您的健康保险计划提供您的相关信息，由其支付您的服务费用。*

**医疗保健运营。**我们可能会使用和披露您的健康信息用于社区健康中心运营，改善您的护理，并在必要时与您联系。

*示例：我们审查您的健康信息，评估员工绩效并确定培训需求。*

**特殊情况**

我们获得允许或要求以其他方式共享您的信息——通常有助于公众利益，如公共卫生和研究。我们必须满足诸多法律条件，方可为此目的分享您的信息。了解更多信息，请登录www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

**帮助解决公众健康和安全问题：** 我们可能会在以下情况下使用和披露您的健康信息：

* 预防疾病
* 帮助产品召回
* 报告药物不良反应
* 报告疑似虐待、忽视或家庭暴力
* 预防或减少对任何人健康或安全的严重威胁

**遵守法律：**如果州或联邦法律要求并希望确认我们遵守联邦隐私法律，我们会分享您的信息，包括卫生与公众服务部。

**研究。**我们可能会将您的健康信息用于受特殊批准程序约束的研究项目。如果研究人员有权访问您的姓名、地址或其他可能识别您身份的信息，我们将征求您的许可。

**器官和组织捐赠。**如果您是器官捐献者，我们可能会将您的健康信息透露给处理器官获取的机构。

**解决工人赔偿、执法和其他政府要求：**我们可能会出于以下目的披露您的健康信息：

* 工人赔偿要求
* 执法目的
* 健康监督机构依法开展活动。
* 军事、国家安全和总统保护服务等特殊政府职能。

**诉讼和纠纷。** 我们可能会根据法院或行政命令或传票披露您的健康信息。

**验尸官、法医和丧葬承办人。**我们可能会向验尸官、丧葬承办人或法医透露健康信息。在识别死者身份或确定死亡原因时可能会有必要。

**资金募集。**我们可能会联系您进行资金募集，但您可以要求我们不再联系您。

**家人和朋友。**如果我们获得您的口头同意，或者如果我们给予您反对此类披露的机会并且您没有提出异议，则可能会向您的家人或朋友披露您的健康信息。如果我们能够根据专业判断推断出您不会提出异议，也可能会向您的家人或朋友披露健康信息。例如，如果您在治疗期间或讨论治疗时带您的配偶进入检查室，我们可能会假设您同意我们向您的配偶披露您的个人健康信息。

在您（因为不在场或无行为能力或出现医疗紧急情况）无法同意的情况下，我们可能会根据专业判断决定向您的家庭成员或朋友披露符合您最佳利益的内容。在这种情况下，我们将仅披露与此人参与您的护理相关的健康信息。

 **我们的责任**

法律要求我们维护您受保护健康信息的隐私和安全。 如果发生可能危及您隐私或信息安全的违规行为，我们将立即通知您。

我们必须遵守本通知中介绍的职责和隐私操作，并向您提供一份副本。 如果患者是未成年人，则将通知患者和未成年人的父母或监护人。

未经您的明确书面授权，我们不会将您的健康信息用于或披露用于除上述部分所述目的之外的任何目的。 如果将您的信息用于营销目的、分享心理治疗记录和出售，我们需要获得书面授权。您可以随时以书面形式撤销该授权。如果您撤销授权，我们将不会再出于您的书面授权所涵盖的原因使用或披露您的信息，但经您允许已经使用或披露的信息无法撤回。

了解更多信息，请登录：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ understanding/consumers/noticepp.html。

**有组织医疗保健安排条款**

(Neighborhood Health Center)社区健康中心是有组织医疗保健安排的一部分，包括渥太华卡尔顿健康信息网（OCHIN）的参与者。渥太华卡尔顿健康信息网当前参与者名单见www.ochin.org，该网站是社区健康中心的商业伙伴，向社区健康中心和其他参与者提供信息技术和相关服务。渥太华卡尔顿健康信息网还代表其参与者参与质量评估和改进活动。例如，渥太华卡尔顿健康信息网代表参与机构协调临床审查活动，以建立最佳操作标准，评估使用电子健康记录系统可能带来的临床益处。渥太华卡尔顿健康信息网还会协调帮助参与者工作，改善内外部患者转诊的管理。社区健康中心可能会与其他渥太华卡尔顿健康信息网参与方共享您的个人健康信息，或仅在治疗或有组织医疗保健安排的医疗保健操作需要时进行健康信息交流。医疗保健操作可以包括对您的居住位置进行地理编码及其他事项，提高您的临床益处。

个人健康信息可能包括过往、现在和未来的医疗信息以及隐私规则中概述的信息。在披露范围内，信息披露将符合隐私规则或任何其他不时修订的适用法律。您有权改变主意并撤回此同意书，但是，此类信息可能已经在您允许的情况下提供。在您以书面形式撤销之前，本同意书将保持效力。如有要求，我们将向您提供一份已披露您信息的实体列表。

**您的权利**

对于您的健康信息，您拥有以下权利：

**检查和复制的权利。**您有权访问自己的健康信息，例如医疗和账单记录，我们将保存并使用此类信息对您的护理制定决策。如需获取记录副本，必须向您的社区健康中心（NHC）诊所提交一份书面信息发布函。

**修改权。**如果您认为我们关于您的健康信息不正确或不完整，可以要求我们进行修改。 向我们咨询如何修改。

如果您未提供书面请求，或者未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，我们可能会拒绝或部分拒绝您的请求：

* 我们没有创建的信息，除非创建信息的个人或实体无法再进行修改；
* 不是我们保存的健康信息的内容；
* 不允许您检查和复制的信息；
* 准确且完整的信息。

**披露账目的权利。**您有权要求披露账目。这是我们在您特别授权的情况下，以及在涉及国家安全、惩教机构和执法的有限特殊情况下，出于治疗、支付、医疗保健运营以外的目的披露您的医疗信息列表。

如需获取此列表，您必须以书面形式向开账员提交请求。必须说明时间期限（不得超过六年）。请求中应说明您希望的列表形式（例如纸质版、电子版）。您在12个月内请求的第一份列表将免费提供。如果需要附加列表，我们可能会向您收取列表提供费用。我们将通知您所涉及的费用，您可以选择在产生任何费用之前撤回或修改您的请求。

**请求限制的权利。**您有权要求限制或限定我们为治疗、支付或医疗保健运营使用或披露的您的健康信息。我们不一定会同意您的请求，如果请求会影响您的护理，我们可能会拒绝。

**请求保密通信的权利。**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沟通。例如，您可以要求我们只在您工作时或只通过邮件与您联系。

如需请求保密通信，请与您的护理团队联系。我们不会询问您请求的原因。我们将满足所有合理的要求。请求中必须具体说明您希望如何联系或在哪里联系。

**获得本通知纸质副本的权利。**您有权获得本通知的纸质副本。您可以随时要求我们向您提供本通知副本。即使您同意以电子方式接收，仍然有权获得纸质副本。您也可以在我们的网站上查找本通知副本。

**选择某人代表您行事：**如果您已向某人授予医疗授权书，或者某人是您的法定监护人，则此人可以行使您的权利，并对您的健康信息做出选择。 在采取任何行动之前，我们将确保此人有此权限并能代表您行事。

**通知变更**

本中心保留变更本通知的权利，确保修订或变更后的通知对已有的关于您的医疗信息以及将来收到的任何信息有效。 可向本中心办公室索取新版通知，也可登录网站nhcoregon.org访问。

**问题、担忧或投诉**

如果您对本政策有任何疑问，或者认为您的隐私权受到侵犯，可以使用以下信息联系我们。您也可以选择向美国卫生与公众服务部民权办公室投诉，邮寄地址：200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，邮编：20201，电话：1-877-696- 6775，网站：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/ complaints/。

**您不会因为投诉受到处罚。**

|  |
| --- |
| 社区健康中心收件人：风险与合规部Neighborhood Health CenterATTN: Risk and Compliance地址：7320 SW Hunziker Road, Suite 300Portland, OR 97223电话：503-941-3087电子邮箱：concerns@nhcoregon.org |