

### **AltaMed健康服務公司 (AltaMed Health Services Corporation) 說明**

此通告說明如何使用和披露您的醫療資訊，以及您如何查閱此等資訊。請仔細閱讀。

#### **我們對於健康資訊的保證：**

AltaMed健康服務公司承諾保護您的健康資訊。本隱私權政策通知涵蓋了AltaMed和其醫療團隊成員對您提供的所有治療和服務，無論是由醫生、牙醫或其他AltaMed工作人員所提供的。此通告將說明AltaMed如何依照法律保護您受保護健康資訊的隱私、您有哪些權利，以及您如何就隱私問題提出投訴。若有任何受保護的健康資訊沒有安全地保護且遭洩漏（未經授權的使用）而影響到您，我們需要通知您。

加州規定了若干類受保護的健康資訊，此類資訊必須按特殊方式保管和處理。此類資訊包括與心理健康治療、發展障礙治療、戒毒/戒酒以及HIV/艾滋病治療有關的資訊。另外，12歲以上的未成年人，若他們同意接受與生殖健康和懷孕的治療，以及14歲以上的未成年人，若他們同意接受心理健康、藥物濫用、性傳染病、強暴或性侵犯有關的服務，則與他們的治療有關的資訊也包含在內。

#### **隱私政策通告的修改**

AltaMed健康服務公司必須恪守本通知書內的條款。我們有權修改此等隱私政策，修改後的政策適用於您所有受保護的健康資訊。若我們對隱私政策做出重大修改，我們將在您下次到AltaMed就診時提供最新版本的通告。您可以向AltaMed的隱私權主管或您接受服務的AltaMed設施索取額外的副本。

#### **ALTAMED如何使用和披露受保護的健康資訊？**

在使用或分享您的健康資訊時，AltaMed健康服務公司只會將之用於與我們向您提供的服務有直接關係的用途。AltaMed使用和披露的部分資訊是：您的姓名、地址、電子郵件、電話號碼、個人事實、醫療保健史、提供給您的醫療保健和您醫療保健的費用。下列為AltaMed健康服務公司可能使用或披露您受保護的健康資訊的其他例子。

**治療：** AltaMed 會與醫生、醫院和其他人使用並披露您受保護的健康資訊以提供、協調或管理您的醫療保健以及任何相關服務。例如，我們可能需要使用您的資訊，以獲得某些需要事先批准的服務、打電話提醒您按時就診，或監控您的病情進展。

**付款：** 如有需要，AltaMed 會使用和披露您受保護的健康資訊以獲得或提供您醫療保健服務的付款。這包括一些特定的運作，例如披露資訊給您的健保計劃、服務提供者或負責對服務付款做出決定的個人代表。

**醫療保健的運作：** 我們可使用您的資訊，檢查我們的服務品質、用於審計用途、參與防止欺詐的計畫、用於AltaMed規劃用途，以及其他一般行政用途。

### 您健康資訊的其他用途：

**營銷與籌款：** AltaMed 可能會聯絡您，向您提供替代治療、與健康有關的福利或產品以及您可能會有興趣的其他服務等資訊。 AltaMed 也可能使用或披露資訊給其他機構用於籌款目的，這些資訊包括您的年齡、郵遞區號、收入、職業、和/或其他資訊，但您的姓名和其他可合理地辨識您的資訊除外。

如果您不希望接受這些材料，也希望選擇不收到以後更多籌款的通訊，請聯絡AltaMed隱私權主管或您接受服務的AltaMed設施，並要求不要寄送這些籌款材料給您。您選擇退出的要求將被視為在HIPAA隱私規則之下的撤銷授權，而有關於您治療和付款的權利不因您對接受籌款材料的選擇而調整。

**提供給參與您的護理或支付您的護理費用的個人：**除非您反對這種披露，AltaMed可能披露相關的受保護健康資訊給參與您的護理或支付您護理費用的家庭成員或朋友。這包括分享資訊給參與您的護理的家庭成員以應對緊急情況。如有此種情況，AltaMed會判斷分享資訊是否符合您的最佳利益，然後限制只在必要時才分享資訊，以應對緊急情況。你有權要求限制披露您某些特定的受保護健康資訊。請聯絡我們的AltaMed的隱私權主管或您接受服務的AltaMed設施，以書面進行申請。

**法律的要求：** AltaMed可能會使用或披露您受保護的健康資訊，惟該等使用或披露是由聯邦、州或地方法律或法院命令或傳票所要求。

**公共衛生活動：** AltaMed可能使用或披露您受保護的健康資訊給公共衛生機構用於防止或控制疾病損傷或殘障。例如，AltaMed可能披露您的疫苗接種證明給學校。

**研究：** AltaMed可能使用或披露您受保護的健康資訊用於研究。所有研究將由一內部審核程序批准，該程序審核研究項目，並建立方案以確保您健康資訊的隱私。

**避免嚴重威脅健康或安全：** AltaMed可能使用或披露您受保護的健康資訊 給其他人，以應對緊急情況，例如懷疑或面臨虐待、忽視、或即將發生的損害。如果如此，我們會以最佳的判斷，確定是否分享您受保護的健康資訊對您是最佳的利益。我們會限制只分享必要資訊，以應對緊急情況。

**死者：** AltaMed可能在一位死者過世50年之後使用或披露該名死者的受保護的健康資訊。

### 何時需要書面允許

本文件中未提及的其他使用和披露您受保護的健康資訊必須有您的書面授權，除非法律另有要求。您可以隨時以書面撤銷您的授權。如果您撤銷您的授權，我們將不再使用或披露您受保護的健康資訊用於涵蓋在您書面授權內的目的。您所撤銷的授權，並不適用於根據您的授權下已作出的披露。

### 您有哪些隱私權利？

以下是您就您受保護的健康資訊所有的權利的聲明，以及您可以如何行使這些權利的簡要說明。

**你有權查閱和獲取您的受保護健康資訊的副本。** 您和您的個人代表有權索取自己健康資訊的副本。您可以查閱和索取有關您的受保護健康資訊副本，該資訊包含在一個指定的記錄集中，包括以電子方式所保存的受保護健康資訊。一個「指定的記錄集」包含醫療和計費記錄，以及我們用來為您作出醫療決定的其他任何記錄。您有權獲取您所要求的形式的受保護健康資訊，除非該資訊不能以這種格式製造，在這種情況下，將以另一種可讀的形式提供給您。請向AltaMed的隱私權主管或您接受服務的AltaMed設施提交您的請求或獲取一份您受保護的健康資訊副本。在您要求您的受保護健康資訊副本的情況下，可能會向您收取一項費用用於複製、提取電子形式的PHI、郵寄、或與您的申請有關的其他人工成本。在某些情況下，您要求查閱或獲得您受保護健康資訊的副本可能會被拒絕。如果您的申請被拒絕，您可以要求對該決定進行審查。

**你有權要求限制披露您受保護的健康資訊。** 你有權要求AltaMed不使用或分享您受保護的醫療保健資訊用於治療、付款或醫療保健運作的目的。AltaMed不需要同意您所要求的限制，除非您要求我們限制披露健康保險計劃或保險公司，而且該項披露是在進行付款或醫療保健業務的目的的範圍內，您或您的代表人已自付全部費用。若要請求限制或撤銷您的授權，你必須以書面形式向AltaMed隱私主管提出請求。您的請求必須包括您希望限制的資訊、您希望限制使用、披露或兩者、您是否支付全額服務費用和/或您希望對誰應用該限制。

**你有權要求通過其他方式或由其他地點收到我們保密的通訊。** 您有權要求AltaMed只用書面形式與您聯絡，或用其他地址、郵箱、電子郵件、簡訊或電話與您聯絡。若要對如何收到保密通訊請求改變、或退出，請發送書面請求給AltaMed隱私主管。您的請求必須註明您希望如何收到保密通訊。AltaMed將配合所有必要的合理要求，以保障您的安全。

**你有權要求對您受保護的健康資訊加以修改。** 如果您覺得我們擁有的關於您的醫療資訊不正確或不完整，您有權要求修改儲存在指定記錄集內的資訊，只要我們保存該資訊。若要提出修改請求，您必須以書面提交您的請求，可寄至AltaMed隱私辦公處（AltaMed Privacy Office），地址是：2040 Camfield Avenue, Los Angeles, California 90040, (323) 622-2444。在您的請求中，您必須提供支持您的請求的理由。

如果有下列情況，我們可能拒絕您的修改請求：該資訊不是由AltaMed健康服務建立或保存的、該資訊不屬於AltaMed所保存的指定記錄集的一部分、該資訊不屬於您獲批准檢閱或複製的資訊的一部份、該資訊已經因為法院案件或其他法律行為而收集、或如果AltaMed判斷欲修改的資訊是準確和完整的。

AltaMed會以書面通知您，我們是否同意或拒絕您修改您健康資訊的請求。如果AltaMed拒絕您所請求的修改，您可以要求我們審核我們的決定。您也可以提交一份書面的不同意聲明，以反對該拒絕的決定並說明此反對的依據。您不同意的書面聲明將被包含在與您請求的修改有關的指定的記錄集中。

您有權獲得若干AltaMed披露您受保護健康資訊的總計（如有）。 你有權要求您受保護的健康資訊被披露的清單。披露的總計包含我們分享資訊對象的清單、我們分享資訊的時間、分享資訊的原因以及分享資訊的說明。該清單不會列出與您分享的資訊、經您同意分享的資訊，或出於治療、付款或醫療作業目的以及其他法律授權的例外而分享的資訊。

若要申請披露總計，您必須以書面提交您的申請給AltaMed 隱私主管。您的申請必須聲明時間段，該時間段相較於申請日期不得回溯至超過六年以前。您有權在任何12個月期間免費取得一次披露總計。如果您在12個月期間多要求一次總計，將向您收取整理總計的費用。AltaMed將通知您所涉及的費用，而且屆時，在支出任何費用之前您可以修改或撤銷您的申請。

您有權索取此「隱私政策通告」的書面副本。 您亦可到我們的網址查閱此通告，地址是：[www.altamed.org](http://www.altamed.org)。若要取得本通知的印製副本，您可以聯絡AltaMed隱私辦公處，地址是 2040 Camfield Avenue, Los Angeles, California 90040, (323) 622-2444，或您接受門診護理的診所。

### 您如何與ALTAMED聯絡以行使權利？

若您想行使此通告所述的隱私權，請聯絡為您提供治療或服務的AltaMed計畫或機構。在行使權利時，您可能需要填寫表格。如有需要，我們可幫您填寫表格。您亦可致電或致函請求援助，聯絡方法如下：

AltaMed Health Services Corporation  
Attention: Privacy Officer  
2040 Camfield Avenue Los Angeles, CA 90040  
(323) 622-2444

### 放心行使權利

若您提出投訴，或行使此通告中的任何隱私權利，AltaMed健康服務公司不會取消您的醫療福利，或做出任何有損您利益的事情。

### 投訴/問題

若您認為我們未保護您的隱私，您有權投訴。您可致電或致函提出投訴（或抱怨），AltaMed聯絡方法如下：若您對此通告有疑問，或需要詳細資訊，請聯絡AltaMed健康服務公司的隱私主管，方法如下：

AltaMed Health Services Corporation  
Attention: Privacy Officer  
2040 Camfield Avenue Los Angeles, CA 90040  
(323)-622-2444

您亦可聯絡

Department of Health and Human Services  
Office of Civil Rights  
(800) 537-7697或寄電子郵件至[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

若需其他資訊，請聯絡：

90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
電話：(415) 437-8310

網站：[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html)