

來自 **AltaMed Health Services Corporation** 的訊息：

本隱私實踐通知（「通知」）說明我們可能會如何使用您的醫療資訊、與誰分享該資訊、以及如何獲得您醫療記錄的副本。

我們對健康資訊的承諾

AltaMed Health Services Corporation（「AltaMed」）承諾保護您的受保護之健康資訊（「PHI」）。本通知解釋我們如何就您所有於 AltaMed 接受的健康服務來保護您的受保護之健康資訊：

- 保護您受保護醫療資訊之法律
- 您的私人健康資訊的權利
- 如何提出與隱私相關的投訴

我們始終會通知您任何會影響您無擔保的受保護醫療資訊之侵害（未經批准之使用）。

加利福尼亞州已保護以特殊方式保留及處理的不同種類之健康資訊。這包括：心理健康治療、發展性殘疾治療、藥物/酒精濫用治療及人類免疫不全病毒（HIV）/愛滋病（AIDS）治療資訊。這也包括未成年對生殖健康及懷孕、心理健康、物質濫用、性傳染病、強暴或性騷擾相關服務提供的治療的同意。

隱私實踐通知變更

AltaMed 遵守所有本通知內的隱私實踐作業。我們也有權對其進行變更。如果我們作了重大變更，在您下次訪視 AltaMed 的時候，我們會提供您一份更新的通知。您可從任何 AltaMed 執行單位或由網址 www.altamed.org 獲得本通知的副本。

ALTAMED 如何使用和披露受保護之健康資訊？

AltaMed 將僅會使用或分享您的健康資訊當其需要提供您健康照護服務。一些 AltaMed 使用及分享的資訊包括：您的姓名、地址、電子郵件、電話號碼、健康照護史、已向您提供的健康照護以及您健康照護的費用。下列是 AltaMed 可能會如何使用或披露您受保護之健康資訊的範例。

治療：AltaMed 將與醫生、醫院和其他人士使用及分享您的受保護之健康資訊以提供、協調或處理您的健康照護和其他相關服務。例如：我們可能需要使用您的資訊以獲取某些服務的事先允許、用電話聯絡提醒您的下次約診或追蹤您的健康變化。

付款：AltaMed 將使用及分享您的受保護之健康資訊（如有需要）來獲得或提供您健康照護服務的款項。這可能包括與您的保險提供者或負責決定服務費用的個人代表分享資訊。

健康保險手術：您的資訊可能用於一般行政目的。例如：我們可能需要檢查我們提供服務的品質、作為成人並參與阻止詐騙的活動及 AltaMed 的計劃所需。

您健康資訊的其他使用方式

行銷和募款：AltaMed 可能會聯絡您以提供替代性治療、健康相關服務或產品及其他您可能會有興趣的服務。AltaMed 可能也會為了募款、申請補助或為了行銷目的而分享像您的年紀、郵遞區號、收入或工作的資訊。該資訊不包括您的姓名和其他可以合理地指認您身份的資訊。

如果您不想收到行銷和/或募款資料並想停止收到此類資訊，請聯絡 AltaMed 患者服務中心或您接受服務的 AltaMed 場所。

對於參與您的照護或為您照護付款的個人：在緊急情況下，AltaMed 可能會與涉及您照護、照護付款的家庭成員或朋友分享受保護之健康資訊。您有權要求 AltaMed 不要分享某些或全部資訊。請聯絡 AltaMed 隱私官於 altamedprivacyoffice@altamed.org 或您接受服務的 AltaMed 執行單位以書面方式要求停止分享資訊。

法律要求：如果聯邦、州立、當地法律、法院命令或傳票要求，AltaMed 可能會使用及分享您的受保護之健康資訊。

公共健康活動：AltaMed 可能會與公立衛生主管機關分享您的受保護之健康資訊以預防或控制疾病、損傷或殘疾。例如：AltaMed 可能會與患者的學校分享其疫苗接種的證明。

研究：AltaMed 可能會為了研究專案而分享健康資訊。所有研究專案遵循州立及聯邦法律並保護患者隱私。所有需要分享有關患者資訊的研究專案必須透過一項特別審查流程以保護患者安全性、福祉及保密性。如果特別審查流程准許就研究專案而分享健康資訊，則其他研究可能也可以使用同樣資訊。

試驗主持人可能可以聯絡患者以參與某些特定的研究試驗。僅當特別審查流程允許的情況下才會聯絡患者。您不一定要參與研究專案。如果您同意參與，您將需要簽署授權書。

為避免對健康或安全性的嚴重威脅：如果我們相信為了避免對您的健康或安全性造成傷害、忽略或嚴重威脅，AltaMed 使用及分享您或他人的受保護之健康資訊。我們會限制分享的資訊為就回應緊急狀況之必須資訊。

已故人士：AltaMed 可能在已故人士往生 50 年後使用及分享該已故人士的受保護之健康資訊。

當需要書面同意

如果 AltaMed 需要就本通知未解釋的原因而分享您的受保護之健康資訊，除非法律規定，我們將需要您的書面同意。您可隨時以書面方式取消您的授權。如果您撤銷您的授權，我們將就您書面授權之涵蓋目的而不再使用或

分享您的受保護之健康資訊。

如果您撤銷您的授權，其將僅影響新的披露事項。如需撤銷您的授權，請聯絡收集您授權書的執行單位。您也可聯絡隱私官於 altamedprivacyoffice@altamed.org。

您的隱私權為何？

下列為有關您的受保護之健康資訊的權利聲明以及一份您可如何行使該權利的簡短說明。

您有權收到及審查您受保護之健康資訊之副本。

- 您可能收到並審查您健康記錄的紙本或電子版副本。您的健康記錄包括醫療和帳單記錄和任何其他我們用來就您的照護作醫療決定的記錄。
- 您有權就您申請的格式收到您的受保護之健康資訊。如果無法提供該格式，我們將以其他格式提供。
- 請提交您的申請一收到或審查您的受保護之健康資訊副本至 **AltaMed Health Information Management** 資訊管理於 recordrequest@altamed.org 或您獲取服務的 **AltaMed** 執行單位。
- 提供您健康記錄可能會收費。
- 在某些情況下，您對稽查或取得您受保護之健康資訊副本的申請可能會被拒絕。如果您的申請被拒絕，您可能可以要求審查該決定。

您有權要求限制披露您的受保護之健康資訊。

- 您可能可以要求限制我們為了治療、付款和健康照護手術之目的而使用您的受保護之健康資訊。我們將會審查並考慮您的要求。
- **AltaMed** 並不一定要同意您的要求，除非其為健康計劃或保險提供者，而且您或您的代理人將自行支付所有服務費用。
- 為提出限制要求或撤銷您的授權，您必須以書面方式向 **AltaMed Health Information Management** 資訊管理於 recordrequest@altamed.org 申請。您的申請必須包括您想要限制的資訊，您是否想要限制其使用、揭露或兩者皆是，您是否支付該服務的全額費用，和/或您希望該使用限制被施與於誰。

您有權申請以替代性方式或於替代性地點收到我們的機密性溝通資訊。

- 您有權要求 **AltaMed** 僅以書面方式透過不同的地址、郵政信箱或電子郵件、簡訊或電話號碼來聯絡您。
- 若需申請要求變更您收到機密性溝通資訊的方式，請寄送書面申請至 **AltaMed** 隱私官，致 **AltaMed Health Services Corporation : Privacy Officer, 2040 Camfield Avenue, Los Angeles, CA 90040**。您的請求一定要注明您希望能如何收到機密性溝通資訊。
- 當有需要，**AltaMed** 將配合所有合理要求以保護您的安全。

您有權要求對您的受保護之健康資訊進行修正。

- 如果您相信您的受保護之健康資訊有誤、或錯失重要資訊，您可能可以要求我們修正或增加該記錄。
- 如需申請變更，請發送書面請求至 **AltaMed Health Information Management** 資訊管理，電郵為：recordrequest@altamed.org。您必須告訴我們您申請的修正或增加記錄為何、以及為何需要修正或增加該

記錄。在審查您的申請後，我們將會以書面方式回應您。

- 如果我們允許您的申請，我們將會修正或增加該記錄到您的受保護之健康資訊。如果我們拒絕您的申請，我們將會告知您原因並說明您申請意見分歧之書面聲明的權利。
- AltaMed 無法變更非為 AltaMed 建立的記錄、非為您健康記錄的資訊、或因合法目的而搜集的記錄。
- AltaMed 無法變更已卻認為準確及完整的資訊。

您有權收到您的受保護之健康資訊何時被分享的名單。

- 您有權申請我們與之分享您受保護之健康資訊的機構和地點的清單。
- 該清單會包括我們分享資訊的對象、何時分享該諮詢、分享資訊的原因和對已分享資訊之說明。
- 該清單將不會包括我們何時與您分享該資訊，透過您的同意分享，因治療、付款或健康照護手術而分享或其他法律許可的例外狀況。
- 如需申請揭露項目，您必須提交書面申請至 AltaMed Health Information Management 資訊管理於 recordrequest@altamed.org。您的申請必須為期限低於六年的資料。
- 您可能可於每 12 個月收到一份清單。如果您要求額外清單，可能會需要收費。當您提出申請的時候，AltaMed 會告知您該費用金額。

您有權申請本隱私實踐通知的紙本副本。

- 本通知的電子版位於我們的網址於 www.altamed.org。
- 如需本通知的紙本副本，您可以聯絡 AltaMed 隱私官或您接受診間照護的執行單位。

您如何就您的權利聯絡 ALTAMED？

如果您想要行使任何本通知內說明的隱私權，您可聯絡 AltaMed 計劃或您接受照護或服務的執行單位。您可能需要填寫一份表格來行使您的權利，如有需要，我們可以協助您填寫該表格。抑或，您可致電或寫信給我們以獲得協助，地址為：

AltaMed Health Services Corporation
Attention: Privacy Officer
2040 Camfield Avenue Los Angeles, CA 90040
1-888-499-9303
altamedprivacyoffice@altamed.org

您如何就您的受保護的健康資訊聯絡 ALTAMED

AltaMed Health Services Corporation
Attention: Privacy Officer
2040 Camfield Avenue Los Angeles, CA 90040
1-888-499-9303
altamedprivacyoffice@altamed.org

您如何聯絡 **ALTAMED** 患者服務中心
1-888-499-9303

如何行使您的權利無所畏懼

如果您就我們的隱私實務提出投訴，我們將不會對您提出報復行爲。

投訴/疑問

如果您認爲我們沒有保護您的隱私，您有權進行投訴。您可以透過致電或寄信給我們至下列 **AltaMed** 地址來提交投訴（或申訴）。如果您對本通知有任何疑問並需要更多資訊，請聯絡 **AltaMed Health Services Corporation** 的隱私官於：

AltaMed Health Services Corporation
Attention: Privacy Officer
2040 Camfield Avenue Los Angeles, CA 90040
1-888-499-9303
altamedprivacyoffice@altamed.org

或者，您也可聯絡
Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
免付費電話中心：1-800-368-1019
聽障（TTD）電話號碼：1-800-537-7697
OCRCComplaint@hhs.gov

如需更多資訊：
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
客戶回應中心：1-800-368-1019
傳真：202-619-3818
聽障（TTD）電話：1-800-537-7697
Ocrmail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html