

私隐声明 (HIPAA - Notice Privacy)

本通知说明关于你的医疗信息可能被披露和被使用以及你如何可以进接这信息. 请查阅. 11/20/2013 更新

这私隐惯例通知不是授权. 这私隐惯例描述了我们, 我们的业务伙伴及他们的分包商, 可能使用和披露你的受保护健康资料(PHI) 进行治疗, 付费或保健操作和其他受法律要求和允许的用途. 它还描述了你的权利进接和操控你的受保护健康资料. 受保护健康资料是关于你的资料, 包括人口统计资料, 可以辨认你和有关你过去, 现在或将来身体或精神健康或情况和相关医疗保健.

使用和披露受保护健康信息

你的受保护健康资料可能被你的医生披露和使用, 我们的工作人员和其他有关参与过你的健康治疗和护理人员, 目的是为你提供护理服务, 支付你的医疗账单, 以支持医生的实践操作, 和法律规定的其他用途.

治疗

我们将使用和披露你的受保护健康资料去提供, 协调或管理你的医疗保健和任何相关服务. 这包括协调或你的医疗保健管理与第三者. 例如, 你的受保护健康资料可以提供给转介医生以确保这医生有必要的资料来给你诊断或治疗.

此外, 我们可能会不定时披露你的受保护健康资料给另一位医生或医疗服务提供者 (例如, 专科或实验室) 他是从你的医生要求参与诊断或治疗并提供协助.

付费

如有需要, 你的受保护健康资料将被使用以得到支付你的医疗保健服务. 例如, 获取医院程序批准或需要披露你的相关受保护健康资料给健康计划从而取得医院程序批准或录取.

健康保健运作

如有需要, 我们可能会使用或披露你的 PHI 以支援你医生的实践的业活动. 这些活动包括, 但并不限于, 质量评估活动, 员工评审活动, 学生培训, 许可, 筹款, 并进行或安排其他的商业活动. 例如, 我们在登记桌上给你使用签到表签名并注明你的医生, 你在等待室时我们会呼唤你的名字当你医生准备接见你. 我们可能会使用或披露你的 PHI, 必要时会与你联络提醒你预约, 并通知你有关另个治疗选择或其他你可能有兴趣与健康相关的福利服务. 如果我们使用或披露你的受保护健康资料作为筹款活动, 我们会提供给你选择退出活动, 你也可以选择重返.

以下情况我们可能会使用或披露你的受保护健康资料无需得到你的授权. 这些情况包括: -

- 法律规定
- 按法律规定的公共卫生问题
- 传染病
- 卫生监督
- 虐待或忽视
- 食品和药物管理局要求
- 法律程序
- 执法
- 死因裁判官
- 殡仪馆
- 器官捐献
- 研究
- 犯罪活动
- 军事活动
- 国家安全
- 劳工赔偿

- 囚犯
- 要求使用和披露

根据法律规定，我们必须根据你的要求给你作出披露。根据法律规定，当卫生及人民服务部长要求调查或决定我们遵守任何规定时我们必须披露你的受保护健康资料。

我们会与第三者“业务伙伴”分享你的受保护健康资料和执行各种实践活动(例如计费，转录服务)每当我们与业务伙伴之间有安排涉及使用或披露你的 PHI，我们将会与业务伙伴有书面合同包含条款以保障你的 PHI 私隐。

其他参与你的医疗保健：

除非你反对，我们可能会披露给你的家庭成员，亲属，至亲朋友或任何其他确定你的人，你的 PHI 与这人有直接相关涉及你的医疗保健。如果你无法同意或反对这种披露，基于我们的专业判断如果我们确定是你的最佳利益，必要时我们可能会披露这些资料。我们可能使用或披露 PHI 去通知或协助通知家庭成员，私人代表或你的所在地任何其他人士付责照顾，一般情况或死亡。最后，我们可能使用或披露你的 PHI 给认可公共或私营实体以协助救援工作并协助使用和披露给家人或其他个人涉及你的医疗保健。

紧急情况：在紧急治疗情况我们可能会使用或披露你的 PHI。如发生这种情况，你的医生将会尽快得到你的同意书在你获得合理治疗实践之后。如果法律要求你的医生或另一位医生实践给你治疗而这医生尝试获取你的同意书但无法获取你的同意书，他或她可能仍然会使用或披露你的 PHI 来医治你。

沟通障碍：我们可能会使用和披露你的 PHI 如果你的医生或另一位医生实践尝试向你获取同意书但因言语障碍无法沟通，在这种情况下医生使用专业的判断你打算同意使用和披露。

其他允许和要求使用和披露将只与你同意，授权或机会提出反对除非法律要求。没有你的授权，我们已被明确禁止使用或披露你的 PHI 作为推销的目的。未经你的同意我们不会出售你的 PHI。我们不会使用或披露在你的 PHI 内包含大多数心理记录。我们不会使用或披露任何你的 PHI 其中包含将用于承保用途的违专资料。

你可以撤销该授权在任何时间，以书面形式，除非你的医生或医生的做法依赖使用或披露已在授权指示采取了行动。

你的权利

以下是你的权利就你的受保护健康资料声明。

你有权利查核和领取一份你的受保护健康资料(可能收费)根据你的书面要求，你有权利查核并获得一份你的 PHI 副本，以书面或电子格式。

但是根据联邦法律，你不可能查核或复制以下记录。心理治疗记录，资料符合在合理的用在民事，刑事或诉讼行动程序，受保护健康资料受法律限制，资料有关医学研究你已同意参与，或根据保密承诺中获得资料，披露的资料可能导致损害或伤害你或其他人士。

你有权利要求限制你的受保护资料。意思是你可能要求我们不可使用或披露任何部份 PHI 作治疗用途，付费或医疗保健营运。你也可以要求你的 PHI 任何部份不可披露给家庭成员或涉及护理你的朋友。你的要求必需具体说明限制要求及你需要应用那些限制。你的医生无需同意你的限制要求除非你要求医生不可披露你的 PHI 对你的保健计划给健康保健而你已经是全额自付。

你有权利要求通过其他方式或其他地点获取我们的保密通讯。我们会配合你合理的要求。我们也可能有条件地配合及要求你提供资料如何处理付费或其他联络方式和另外地址。

你有权利要求根据要求从我们这里得到一份书面副本。我们保留更改这声明的条款权利，如有作出更改我们会通知你，也会预备多份新声明复印副本，如果你想获取一份。

你有权利要求修改你的受保护健康资料。某些情况下，我们可能否决你修改的要求。如你的要求修改被我们否决，

你有权利向我们提交反对声明，就你的反对我们也准备一份对你的反对声明作出反驳,也会为你提供一份反驳副本.

你有权利获取我们已作了某些已披露你的受保护健康资料，如有的话，法律规定 6 年内由要求日期起你可以要求这些披露资料，书面或电子，除了根据授权披露作医治用途，付费，医疗保健运作.

投诉

如果你认为你的私隐权利已被我们侵犯，你可以向我们投诉. 你可以提交书面投诉通知给我们的规范主管. **我们不会因你提交投诉向你作出报复.**

法律要求我们必需维护私隐, 提供此通知与个人，对于 PHI 私隐实践我们的法律义务.

规范主管 (Compliance Officer) 联络如下:

Mao Vue mvue@asiaohio.org

330-535-3263

私隐声明第一实施生效日期是 2013 年 11 月 20 日



授权书

姓名:

病历#:

授权

这申请表上接收的资料是保密及将会用作审阅你当前状况

授权代表

用意

本人在下签署授权 International Community Health Center 的员工讨论并提供我的医疗和财务档案副本及代表我尽他们努力研究财务和医疗资源.

授权发布资料

医疗资料

这资料包括发放所有诊所和医疗资料, 心电图, 免疫和过敏记录, 实验室, X 光片和眼报告给 International Community Health Center.

我也给与特别许可发放心理健康, 酒精, HIV (爱兹病), 滥用毒品和关于我的发育障碍资料档案给 International Community Health Center.

财务资料

这授权包括发放给 International Community Health Center 任何财务报表, 业务报告, 过去及现在雇主所给我的工资单据或福利资料, 银行或其他财务机构, 征信机构或政府机构. 这用意是检验任何医疗保险的覆盖范围和适当计费.

其他相关资料

最后, 我授权释放给 International Community Health Center 任何其他相关的资料, 包括心理, 社交, 职业, 康复, 或教育报告, 评估或评价.

本人授权发布上述资料日期起和包括本人的签名日期, 和由本人签名日期起长达一年.

本人明白撤销这授权书需要由本人书面通知. 本人也明白这授权书影印副本跟正本具有相同效用.

兹证明上述资料尽我所知是正确和完整.

责任方签署: _____ 日期: _____

病人签署: _____ 日期: _____

选择 :

我也授权 _____, 这人是我的 _____

(个人名称)

(请注明关系)

与 International Community Health Center 会员的任何工作人员讨论我的申请状况

如果被其他人代病人签署, 请注明关系及有权作此.

病人是 : 未成年/无能力/伤残 你的权力 : 父母/合法/合法监护人

ICHC 代表

名称(大写): _____ 签名: _____ 日期: _____



同意书

病人姓名: _____

病历号码 _____

1. 同意治疗: _____ (缩写)

本人授权 International Community Health Center 及它所有部门按照這医疗中心的政策和程序给予我必要的医疗和治疗。我明白我保留拒绝任何或全部建议医疗的权利。

2. 同意分享医疗记录: _____ (缩写)

我明白我的病历记录资料可能与 International Community Health Center 各個不同部门分享。這些资料分享只是对我的医疗管理提供帮助和评估。

我也明白在我接受治疗過程中的任何时间，有需要转介到专科，某些病历检查结果/或是病历资料細節會转發給专科。這纯粹是為了协助給我完整的评估。

本人授权 International Community Health Center 发放我的病历记录進行 审查目的是审计 / 或评估。(這审查的目的是提高对病人护理及遵守医疗管理的需求) 我明白在這過程中沒有本人身份名称或地址将被记录。

3. 保密: _____ (缩写)

我明白 International Community Health Center 對於我的病历资料采用了非常严格的私隐保密政策。资料讯息已經审阅過，我已經 賦予医疗中心私隐和保密声明。

我明白只要我在 International Community Health Center 继续接受治疗，這同意书的全部内容仍然有效。

病人签名

日期

家长签名 / 监护人

见证人签名