

隐私条例通知

患者隐私 – 简体中文

THE OREGON CLINIC, P.C.

Administrative Office 541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, Oregon 97232

Oregonclinic.com

隐私联系人电子邮件地址: compliance@orclinic.com

本通知将说明您的医疗信息可能会如何被使用和披露、以及您可以如何获取这些信息。请仔细阅读。

如果您对本通知有任何疑问，请联系我们的隐私官：电话：503-935-8000，电子邮件：compliance@orclinic.com，或邮寄至上述地址。

本政策更新并生效日期：2025 年 1 月 31 日。

哪些人员将遵循本通知

本通知描述了 The Oregon Clinic 的医疗保健提供者和员工所遵循的隐私实践。

您的受保护健康信息

本通知适用于我们持有的、关于您的健康状况以及您在我们诊所接受的医疗保健服务的信息和记录。您的健康记录可能包括我们诊所创建和接收的信息；其形式可能包括书面或电子记录或口头信息。您的记录可能包括关于您的健康历史和健康状况、症状、检查、所要求的检测、检测结果、治疗、手术、诊断、药物、相关账单活动以及类似的健康相关信息。

法律要求我们维护受保护健康信息（或 PHI）的隐私，向您提供此通知，并在发生不安全的受保护健康信息泄露（或无意披露）后通知受影响的个人。其说明我们可能会如何使用和披露您的受保护健康信息，并描述您在使用和披露此信息方面的权利以及我们的义务。

我们如何使用和披露您的受保护健康信息

我们可能出于以下目的使用和披露受保护健康信息：

用于治疗：我们可能会使用您的受保护健康信息来为您提供医学治疗或服务。我们可能会向医生、护士、技术人员、药剂师、诊所工作人员或其他参与照顾您及您的健康的人员披露您的受保护健康信息。

例如，您的医生可能正在为您治疗心脏病，并可能需要了解您是否还有其他可能会使治疗复杂化的健康问题。医生可能会查看您的病史，以决定哪种治疗方法最适合您。医生还可能向另一位医生介绍您的病情，以确定最合适的护理。

我们诊所的工作人员可能会向不在这里工作的人员披露您的信息，以协调您的护理，例如：向您药房电话处方、安排实验室工作和预约 X 光检查。家庭成员和其他医疗保健提供者可能会参与您在本诊所之外的医疗护理，并可能需要您的相关信息。

用于付款：我们可能会使用和披露您的受保护健康信息，以便对您从我们这里接受的治疗和服务进行计费，并向您、保险公司或第三方收取费用。

例如，我们可能需要将拟议的治疗告知您的健康保险计划，以获得事先批准，或确定您的计划是否会支付治疗费用。

用于医疗保健业务：我们可能会使用和披露您的受保护健康信息，以确保您和我们的其他患者获得优质护理。

例如，我们可能会使用您的受保护健康信息来评估我们员工在为您提供护理方面的表现。我们还可能会使用所有或部分患者的受保护健康信息来帮助我们决定应提供哪些额外服务、如何提高效率、或某些新治疗或药物是否有效。

我们还可能向您提供保险的健康计划和其他护理您的医疗保健提供者披露您的受保护健康信息。我们向您的健康计划和其他提供者披露您的受保护健康信息可能会用于改善护理、降低成本、协调服务以及遵守法律。

替代治疗方案：我们可能会向您介绍或推荐可能适用于您的治疗选择或替代方案。

健康相关产品和服务：我们可能会向您介绍您可能感兴趣的健康相关产品或服务。如果您不希望收到预约提醒或有关替代治疗方案或健康相关产品和服务的通信，请通知我们。请将您的书面申请寄送至本通知上列出的隐私官地址。

其他使用和披露

我们可能会以其他方式共享您的信息，通常是出于公共卫生或研究目的、或为了促进公共利益。有关允许的使用和披露的更多信息，请参阅：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

例如，我们可能会出于以下目的使用或披露您的受保护健康信息，但须遵守所有适用的法律要求和限制：

- **防止对健康或安全造成严重威胁：**我们可能会在必要时使用和披露有关您的受保护健康信息，以防止您的健康和安全的、或公众或他人的健康和安全的受到严重威胁。
- **法律要求：**如经联邦、州或地方法律要求，我们将披露您的受保护健康信息。

- **研究：**我们可能会出于某些类型的健康研究目的使用和披露您的受保护健康信息，且这些研究不需要您的授权，例如，如果机构审查委员会（IRB）已免除书面授权要求。在所有其他情况下，如果研究人员将获取您的姓名、地址或识别您身份的信息，或者如果研究人员将参与您在我们诊所接受的护理，我们将征求您的许可。
- **器官和组织捐赠：**我们可能会在必要时与处理器官获取、眼睛或组织移植的机构或器官捐赠银行共享您的受保护健康信息，以促进您授权的捐赠或为您进行移植。
- **军事、退伍军人、国家安全和情报：**如果您是或曾经是武装部队成员或国家安全或情报界的人员，我们可能会根据军事命令或其他政府主管机构的要求使用和披露您的受保护健康信息。我们还可能会向适当的外国军事主管机构披露有关外国军事人员的信息。
- **工伤赔偿：**我们可能会出于工伤补偿索赔或类似计划的目的使用和披露您的受保护健康信息。这些计划为与工作相关的伤害或疾病提供福利。
- **公共卫生风险：**我们可能会出于公共卫生原因使用和披露您的受保护健康信息，以预防或控制疾病、伤害或残疾；报告出生和死亡；报告疑似虐待或忽视，或非意外身体伤害；报告对药物的反应或产品问题。
- **卫生监督活动：**我们可能会向卫生监督机构披露您的受保护健康信息，以进行审计、调查、检查或许可。这些披露可能属于某些州和联邦机构监测医疗保健系统、政府计划和遵守民权法律的必需要求。

与生殖健康护理相关的记录。联邦法规禁止我们出于识别、调查或对任何仅仅寻求、获得或接受生殖健康护理的个人施加责任的目的披露与生殖健康护理相关的信息。如果向我们索取的信息涉及我们所提供且被视为法律定义的生殖健康护理，则我们不能在缺少索取方签署证明的情况下披露该信息。经签署的证明将声明，您信息的索取方不会使用或披露您的信息来识别、调查您，也不会仅仅因为您寻求、获得或接受生殖健康护理而对您施加责任。

- **生殖健康护理的示例（非详尽列表）：**避孕（包括紧急避孕）；与怀孕相关的护理，包括产后护理；生育和不育的诊断和治疗，包括体外受精（IVF）；更年期治疗；其他与生殖系统相关的护理，如乳房 X 光检查、宫颈涂片检查
- **对于以下类型的要求，未经签署证明，我们不会披露任何与生殖健康护理相关的信息：**
- **诉讼和争议：**如果您卷入诉讼或争议，我们可能会根据法院或行政命令的要求披露您的受保护健康信息，但须遵守所有适用的法律要求，包括签署的证明。我们还可能会根据传票的要求披露您的受保护健康信息，但须遵守所有适用的法律要求，包括签署的证明。
- **执法：**如果执法官员根据法院命令、传票、搜查令、传唤或类似程序提出要求，我们可能会披露受保护健康信息，但须遵守所有适用的法律要求，包括签署的证明。
- **验尸官、法医和殡仪馆负责人：**我们可能会向验尸官或法医披露受保护健康信息，但须遵守所有适用的法律要求，包括签署的证明。（这可能属于必需的要求，例如，为了识别死者或确定死因。）
- **无法识别个人身份的信息：**我们可能会以不会识别您个人身份或透露您是谁的方式使用或披露您的受保护健康信息。

药物滥用障碍治疗记录。未经您的书面同意或法院命令，我们不会披露我们收到和维护的药物滥用障碍治疗记录，以用于任何针对您的法律、行政或立法程序。

您的选择对于某些健康信息，您可以告诉我们，您选择让我们与他人分享哪些内容。如果您对我们在下述情况下如何共享您的信息有偏好，请联系我们的隐私官；我们将尽合理努力遵循您的指示。

例如，您有权并可以选择告诉我们是否：与您的家人、亲密朋友或参与您护理的其他人共享信息，例如您的 PHI、一般状况或位置；以及在灾难救援情况下共享信息，例如向救援组织提供信息以协助定位或通知您的家人、亲密朋友或参与您护理的其他人员。

- **家人和朋友：**如果我们获得您的口头或书面同意，或者我们给您提供机会以反对此类披露而您没有提出反对，我们可能会向您的家人或朋友披露您的受保护健康信息。如果我们基于专业判断根据具体情况推断您不会反对，我们也可能会向您的家人或朋友披露受保护健康信息。例如，如果您在治疗期间或讨论治疗时将您的配偶带入检查室，我们可能会假设您同意我们向您的配偶披露您的受保护健康信息。

在您不在场、或因您无行为能力或医疗紧急情况而无法给予同意的情况下，我们可能会基于专业判断确定向您的家人或朋友披露信息符合您的最佳利益。在这些情况下，我们只会披露与该人员参与您护理相关的受保护健康信息。例如，我们可能会基于专业判断，建议允许另一个人代表您行事、开车送您就诊、取药和/或医疗用品或 X 光片，以维护您的最佳利益。

- **受保护健康信息的其他使用和披露：**未经您的书面授权，我们不会出于前述部分中未列明的任何目的使用或披露您的受保护健康信息。**未经您的授权，我们不会在以下相关情况下使用或披露您的受保护健康信息：**(i) 出于营销目的的使用和披露（The Oregon Clinic (TOC) 可能会不时向与您的账户关联的电子邮件地址发送信息通讯。此类通讯旨在促进我们医疗保健业务的教育目的，并向您介绍 TOC 提供的产品和服务。您可以随时按照通讯中的退订说明进行操作、或更新您的账户偏好，以选择不再接收此通讯）；(ii) 构成出售受保护健康信息的使用和披露；(iii) 针对心理治疗笔记的大多数使用和披露；以及 (iv) 本通知中未说明的其他使用和披露。如果您授权我们使用或披露您的受保护健康信息，您可以随时撤销该授权。这必须以书面形式提出，并寄送至本通知上列明的隐私官地址。如果您撤销授权，我们将不再出于您的书面授权所涵盖的原因使用或披露您的信息，但我们无法收回任何已根据您的许可进行的使用或披露。

在某些情况下，我们可能需要您的书面授权才能披露某些类型的特别保护信息，例如 HIV、药物滥用、心理健康或基因检测信息。

您对您受保护健康信息享有的权利

以下提及的表格可在 [《患者权利表格》](#) 页面上获取，以用于要求修改您的医疗记录、限制受保护的健康信息、或获取受保护健康信息的披露记录。

对于我们所维护的关于您的受保护健康信息，您拥有以下权利：

- **检查和复制的权利：**您有权检查并获取您的受保护健康信息的副本，例如医疗和账单记录；我们保存这些信息并用于做出有关您的护理的决定。根据您的要求，受保护健康信息的副本可能会以电子或纸质格式提供，前提是能够以该形式和格式轻松生成该类副本。否则，

我们将根据与您达成的协议提供替代的可读硬拷贝或电子副本。您必须向您的诊所提交书面申请，以检查或获取您的受保护健康信息的副本。如果您要求提供信息的副本，我们可能会收取复制、邮寄或其他相关用品的费用。在某些有限的情况下，我们可能会拒绝您检查和/或复制记录的要求。如果您被拒绝复制或访问我们所持有的您的受保护健康信息，您可以要求对我们的拒绝决定进行审查。如果法律赋予您对我们的拒绝决定进行审查的权利，我们将选择一名有执照的医疗保健专业人员来审查您的申请和我们的拒绝决定。执行审查的人员不会是拒绝您申请的人员，并且，我们将遵守审查的结果。

若要提交[您的医疗记录申请](#)，请按照相应的说明进行操作，并[在此处](#)阅读我们网站上的常见问题解答（FAQ），以获取更多信息。

- **修正的权利：**如果您认为我们持有的您的受保护健康信息有误或不完整，您可以要求我们修正该信息。只要本诊所持有该信息，您就有权要求修正。

如果您的修正申请并非以书面形式提交，或者没有提供支持该申请的理由，我们可能会拒绝您的修正要求。此外，如果您要求我们修正以下信息，我们也可能会拒绝您的要求：不是由我们创建的信息（除非创建信息的人员或实体已无法做出修正）；不属于我们所持有的受保护健康信息；您无权检查和复制的信息；准确且完整的信息。

若要申请修正，您可以填写并提交《[修正申请表](#)》（可在[此处](#)从我们网站上找到（在第 2 部分））。

- **索取披露记录的权利：**您有权要求提供“披露记录”。这是我们对您的医疗信息进行披露的清单，但出于治疗、支付、医疗保健业务以外的目的以及涉及国家安全、惩教机构和执法的少数特殊情况除外。此清单还将排除基于您的书面授权所做的任何披露。

若要索取披露记录，您可以填写并提交《[披露记录申请表](#)》（可在[此处](#)从我们网站上找到（在第 3 部分））。

它必须指明一个时间段，该时间段不得超过六年，且不得包括 2003 年 4 月 14 日之前的日期。您的申请应指明您希望以何种形式获取清单（例如，纸质或电子版）。您在 12 个月内申请的第一份清单将免费提供。对于 12 个月内的额外清单，我们可能会收取提供清单的费用。我们将通知您相关费用；届时，您可以选择在产生任何费用之前撤回或修改您的申请。

- **要求限制的权利：**您有权要求限制我们使用或披露您的受保护健康信息以用于治疗、支付或医疗保健业务。您还有权要求限制我们向参与您的护理或支付护理费用的人员（如家人或朋友）披露您的受保护健康信息。例如，您可以要求我们不使用或披露您接受过的手术信息。您还有权限制向健康计划披露受保护健康信息，前提是您已全额自费支付治疗费用。

我们并非必须同意您的要求。如果我们同意，我们将满足您的要求，除非需要该信息来为您提供紧急治疗，或法律要求我们使用或披露该信息。

若要申请限制，您可以填写并提交《[针对健康计划的健康信息使用或披露限制申请表](#)》或《[健康信息使用或披露限制申请表](#)》（可在[此处](#)从我们网站上找到（在第 1 部分））。

- **要求保密通信的权利：**您有权要求我们以特定方式或在特定地点与您沟通医疗事宜。例如，您可以要求我们仅在您工作时或通过邮件与您联系。

若要申请保密通信，您可以填写并提交《[申请指定通信方法和信息披露协议](#)》（可在[此处](#)从我们网站上找到（在第 1 部分）），或者将您的书面申请寄送至本通知上列明的合规官

地址。我们不会询问您提出此要求的原因。我们将满足所有合理的要求。您的申请必须指明您希望我们通过哪种方式或者在何处与您联系。

- **获取本通知纸质副本的权利：**您有权获取此通知的纸质副本。您可以随时要求我们向您提供《隐私条例通知》的纸质副本。即使您已同意以电子方式接收，您仍然有权获得纸质副本。

如需获取此类副本，请联系医务室，或通过本通知上列明的电话号码或地址联系隐私官。

- **投诉：**如果您认为您的隐私权受到侵犯，您有权向我们诊所或卫生与公众服务部部长提出投诉。要向我们诊所提出投诉，请联系我们的隐私官，电话：**503-935-8000**。您不会因提出投诉而受到惩罚或报复。

本通知的变更：我们保留更改本通知的权利，并且有权使修订或更改后的通知对我们已持有的关于您的医疗信息和未来收到的任何信息生效。我们将在诊所张贴当前版本，并在首页的右上角注明生效日期。我们还会在我们的网站上发布当前版本。您有权获取当前有效通知的副本。