

## 隐私惯例通知

---

本通知主要说明我们将如何使用和披露您的医疗信息以及您如何获取这些信息。请详阅通知内容。

如对本通知有任何疑问，请致电 **541-754-1374** 联系我们的 HIPAA 隐私官。

---

本《隐私惯例通知》阐明了我们如何使用及披露您的受保护健康信息，以便开展治疗、付款或医疗保健业务及实现法律允许或要求的其他目的。本通知还说明了您获取和控制个人受保护健康信息的权利。“受保护健康信息”是指可能识别您身份且与您过去、现在或将来的身体或心理健康状况或病症以及相关医疗保健服务有关的信息，包括人口统计信息。

我们必须遵守本《隐私惯例通知》中的条款。我们可能会随时更改通知条款。新通知将适用于当时我们保存的所有受保护健康信息。我们将根据您的要求，向您提供修改后的《隐私惯例通知》，而您可通过以下方式提出要求：访问我们的网站 ([www.corvallis-clinic.com](http://www.corvallis-clinic.com))、致电联系办公室并要求以邮寄形式向您发送修改后的副本或在下一次就诊时索要一份副本。

### 1. 受保护健康信息的使用和披露情形

#### 受保护健康信息的使用和披露情形

在初次登记时，您需要签署《诊所隐私惯例和财务责任确认书》。此确认书会概述 **The Corvallis Clinic** 如何使用您的受保护健康信息。您的医生、我们的办公室工作人员以及办公室以外参与您护理和治疗的其他人员可能会使用和披露您的受保护健康信息，以便为您提供医疗保健服务。我们也可能使用和披露您的受保护健康信息，以完成医疗保健账单付款以及协助诊所开展医疗业务。

下文是在您签署同意后 **The Corvallis Clinic** 会如何使用和披露您受保护医疗保健信息的示例。这些示例并非详尽无遗，旨在说明我们办公室在取得您的同意后如何使用和披露您的此类信息。

**治疗：**我们将使用和披露您的受保护健康信息，以提供、协调或管理您接受的医疗保健服务和任何相关服务。这包括与已获准访问您受保护健康信息的第三方协调或管理您的医疗护理。例如，我们会在必要时向为您提供护理的居家护理机构披露您的受保护健康信息。获得您必要的披露许可后，我们还会向您治疗的其他医生披露您的受保护健康信息。例如，我们可能会向接受转诊的医生提供您的受保护健康信息，以确保该医生拥有准确诊断或对症治疗所需的信息。

此外，我们可能会不时向其他医生或医疗保健提供者（例如专科医生或化验室）披露您的受保护健康信息，因为他们会根据您的医生的要求，协助医生进行医疗诊断或治疗以参与您的护理。

**付款：**我们将根据需要您的受保护健康信息，以获得您医疗保健服务的付款。这可能包括您的健康保险计划在批准我们建议您接受的医疗保健服务或支付相应款项前可能进行的某些活动，例如：确定保险福利的资格或承保范围、就是否具有医疗必要性审查提供给您的服务，以及开展使用情况审查活动。例如，为获得 X 射线检查的许可，我们可能需要向健康计划披露您的相关受保护健康信息。

**医疗保健业务：**我们可能会根据需要使用或披露您的受保护健康信息，以协助 The Corvallis Clinic 开展业务活动。此类活动包括但不限于：质量评估活动、员工审查活动、医学生和医务人员培训、许可、营销活动以及开展或安排其他业务活动。

例如，我们可能会向 The Corvallis Clinic 为患者看诊的医学院学生披露您的受保护健康信息。当医生准备好为您看诊时，我们也可能在候诊室直接叫出您的名字。我们可能会在必要时使用或披露您的受保护健康信息，以便与您取得联系，提醒您按时就诊。

我们会与为 The Corvallis Clinic 开展各种活动（如账单、转录服务）的第三方“业务伙伴”分享您的受保护健康信息。每当 The Corvallis Clinic 与业务伙伴之间的安排涉及使用或披露您的受保护健康信息时，我们都会签订书面合同，其中包含保护您受保护健康信息之隐私的条款。

我们可能会在必要时使用或披露您的受保护健康信息，以便向您提供您可能感兴趣的替代治疗方案或其他健康相关的福利和服务信息。我们还可能会出于其他营销活动的目的，使用和披露您的受保护健康信息。例如，我们可能会使用您的姓名和地址，向您发送有关 The Corvallis Clinic 以及我们所提供服务的时事通讯。我们也可能向您发送我们认为可能对您有益的产品或服务相关信息。您可以联系我们的 HIPAA 隐私官，要求不要向您发送这些材料。

我们可能会在必要时使用或披露您的人口统计信息以及您接受医生治疗的日期，以便就 The Corvallis Clinic 支持的筹款活动与您联系。如果您不想收到这些材料，请联系我们的 HIPAA 隐私官，要求不要向您发送此类筹款材料。

#### **根据书面授权使用和披露受保护健康信息的情形：**

除下文所述法律另行许可或要求的情形外，只有在获得您书面授权的情况下，我们才能出于其他目的使用和披露您的受保护健康信息。您可以随时以书面形式撤销此授权，如果您的医生或医生所在诊所已根据授权中指示的使用或披露情形采取行动，则不在撤销范围内。

#### **在您同意、授权或有机会反对的情况下可能进行的其他获准及必要的使用和披露情形：**

我们可能会在下列情况下使用和披露您的受保护健康信息。您有机会同意或反对使用或披露您的全部或部分受保护健康信息。若您不在场或者无法同意或反对使用或披露您的受保护健康信息，则您的医生可通过专业判断，确定披露信息是否符合您的最佳利益。在此情况下，只会披露与医疗保健相关的受保护健康信息。

**参与您医疗保健的其他人员：**如您未反对，我们可能会向您的家庭成员、亲戚、密友或您确定的任何其他人员披露与此人参与您医疗保健事务直接相关的受保护健康信息。如果您无法同意或反对此类披露，且我们根据专业判断确定披露符合您的最佳利益，则会在必要时披露此类信息。我们可能会使用或披露您的受保护健康信息，以通知或协助通知您的家庭成员、个人代表或负责处理您现场护理、一般状况或死亡事宜的任何其他人员。最后，我们可能会使用或向授权的公共或私人实体披露您的受保护健康信息，以便协助开展救济工作，并协调针对参与您医疗保健的家人或其他个人此类信息的使用和披露。

**紧急情况：**我们可能会在紧急治疗情况下使用或披露您的受保护健康信息。如果出现此类情况，医生应在进行治疗后通过合理可行的方式尽快取得您的同意。如果法律要求您的医生或诊所中的其他医生为您治疗，且其已尝试获得您的同意但没有成功，则仍可使用或披露您的受保护健康信息为您进行治疗。

**沟通障碍：**如果您的医生或诊所中的其他医生尝试获得您的同意，但由于严重的沟通障碍而没有成功，且医生通过专业判断，确定您有意在此情况下同意使用或披露您的受保护健康信息，则我们可能会使用和披露这些信息。

**在未经您同意、授权或有机会反对的情况下可能进行的其他获准及必要的使用和披露情形：**

在下列情况下，我们可能会未经您的同意或授权便使用或披露您的受保护健康信息。此类情况包括：

**法律规定：**我们可能会在法律要求的范围内使用或披露您的受保护健康信息。此类信息使用或披露将遵守法律规定，仅限于满足法律的相关要求。如出现任何此类使用或披露情形，我们将依法通知您。

**公共卫生：**我们可能会因为公共生活动物和公共卫生目的，向依法可收集或接收此类信息的公共卫生机构披露您的受保护健康信息。披露此类信息的目的是为了控制疾病、伤害或残疾。经公共卫生机构指示，我们还可能会向与公共卫生机构合作的外国政府机构披露您的受保护健康信息。

**传染病：**经法律授权，我们可能会向可能接触过某种传染病或可能存在该疾病或病症感染或传播风险的人员披露您的受保护健康信息。

**卫生监督：**我们可能会因法律批准的活动（例如审计、调查和检查）而向卫生监督机构披露您的受保护健康信息。需要此类信息的监督机构包括监管医疗保健系统、政府福利计划、其他政府监管计划和民权法律的政府机构。

**虐待或忽视：**我们可能会向法律允许接收儿童虐待或忽视报告的公共卫生机构披露您的受保护健康信息。此外，如果我们认为您是虐待、忽视或家庭暴力的受害者，可能会向获准接收此类信息的政府实体或机构披露您的受保护健康信息。在此情况下进行的信息披露将遵循适用联邦和州法律的要求。

**食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration)：**我们可能会向食品药品监督管理局所要求的个人或公司披露您的受保护健康信息，以便其报告不良事件、产品缺陷或问题、生物制品偏差；追踪产品；推动产品召回；根据需要进行维修或更换或者进行上市后监督。

**法律程序：**我们可能会在任何司法或行政程序中披露您的受保护健康信息，以便回应法院或行政法庭的命令（在此类披露得到明确授权的范围内），以及在某些情况下回应传票、取证要求或其他合法程序。

**执法活动：**只要符合适用的法律要求，我们也可能会出于执法目的披露您的受保护健康信息。上述执法目的包括：(1) 法律程序和其他法律要求；(2) 出于身份识别和定位目的的有限信息请求；(3) 与犯罪受害者有关；(4) 怀疑人员死亡是由犯罪行为导致；(5) 犯罪行为发生在诊所场地；以及 (6) 出现紧急医疗情况（不在诊所场地）并且很可能已经发生犯罪事件。

**验尸官、殡葬承办人和器官捐赠：**我们可能会因识别身份、确定死因或方便履行法律授权的其他职责，而向验尸官或法医披露受保护健康信息。我们也可能根据法律授权向殡葬承办人披露受保护健康信息，以便殡葬承办人履行其职责。我们可能会在合理预期死亡的情况下披露此类信息。我们可能会出于遗体器官、眼睛或组织捐赠的目的，使用或披露受保护健康信息。

**研究：**在机构审查委员会审查研究人员的研究提案、制定相应规程来保护您受保护健康信息的隐私并批准相关研究后，我们会向研究人员披露此类信息。

**犯罪活动：**根据适用的联邦和州法律，如果我们认为需要使用或披露您的受保护健康信息，以防止或减轻对个人或公众健康或安全造成的严重且紧迫的威胁，我们可能会披露此类信息。如果执法机构必须通过受保护健康信息识别或逮捕某人，我们也可能会披露此类信息。

**军事活动与国家安全：**在满足相应条件的情况下，我们可能会使用或披露武装部队人员的受保护健康信息：(1) 以开展有关军事指挥机构认为必要的活动；(2) 以便退伍军人事务部 (Department of Veterans Affairs) 确定您的福利资格；或 (3) 以分享给外国军事机构（如果您属于外国军方成员）。我们也可能向获得授权的联邦官员披露您的受保护健康信息，以便开展国家安全和情报活动，包括为总统或其他合法授权人员提供保护服务。

**工伤赔偿：**我们可能会根据工伤赔偿法律和其他类似的法定计划披露您的受保护健康信息。

**受刑人：**如果您是惩教机构的受刑人，并且医生在为您提供护理时创建或接收了您的受保护健康信息，则我们可能会使用或披露此类信息。

**筹资：**我们可能会披露您的受保护健康信息，以便与您联系，为 The Corvallis Clinic 筹集资金。

**预约通知：**我们可能会披露您的受保护健康信息，以联系您进行预约提醒或提供治疗替代方案或其他健康相关的福利和服务信息。

**必要使用和披露：**根据法律规定，在卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 部长要求时，我们必须披露您的受保护健康信息，以协助调查或确定我们是否遵守第 164.500 节及后续条款的要求。

## 2. 您的权利

以下是关于您对受保护健康信息所享权利的说明以及如何行使这些权利的简要说明。

**您有权查看和复制您的受保护健康信息。**这表示，只要我们存有您关于您的受保护健康信息，您就可以查看指定记录集中所含的此类信息并获取相应副本。“指定记录集”包含病历和账单记录，以及医生和诊所做出与您相关的决定时所用的任何其他记录。

但是，根据联邦法律，您不得查看或复制以下记录：心理治疗笔记；出于民事、刑事或行政诉讼或程序合理预期或是为用于此类诉讼或程序而编制的信息；以及法律禁止获取的受保护健康信息。根据具体情



况，可对拒绝获取信息的决定进行复审。在某些情况下，您有权要求复审此类决定。如果您对获取病历有疑问，请联系我们的 HIPAA 隐私官。

**您有权申请限制受保护健康信息的使用和披露。**这表示，您可以要求我们不得出于治疗、付款或医疗保健业务目的的使用或披露您受保护健康信息的任何部分。

由于治疗、付款和医疗保健业务属于核心职能，且相关协议可能会对个人获得的医疗保健服务产生不利影响，The Corvallis Clinic 通常不会接受限制请求。您还可以要求我们不得将您受保护健康信息的任何部分披露给可能参与您护理的家庭成员或朋友，或者不得出于本《隐私惯例通知》所述的通知目的进行披露。您的请求必须说明所要求的具体限制以及希望适用的限制对象。

The Corvallis Clinic 不一定会同意您所要求的限制。如果 The Corvallis Clinic 同意所要求的限制，则我们不能违反该限制而使用或披露您的受保护健康信息，但需要提供紧急治疗的情况除外。您可以联系我们的 HIPAA 隐私官或健康信息服务主管，并填写医疗信息使用/披露和/或保密通信限制申请表，要求进行限制。委员会将审查您的请求，以确定能否接受限制，或者是否同意此限制会对手术中心提供医疗保健服务或开展医疗手术的能力造成束缚。

**您有权要求通过其他方式或在其他地点接收我们发送的保密通信内容。**我们会满足合理要求。我们可能会要求您提供有关付款处理方式或其他指定地址或联系方式的信息，以便为您提供这种便利安排。我们不会要求您解释提出请求的依据。我们通常会通过您在注册期间提供的信息与您联系。您可以联系我们的 HIPAA 隐私官或健康信息服务主管，并填写医疗信息使用/披露和/或保密通信限制申请表，要求 The Corvallis Clinic 通过其他方式、其他电话号码或地址发送保密通信内容。请以书面形式向我们的 HIPAA 隐私官提出这一请求。请将申请邮寄至：Aumann Building 444 NW Elks Drive Corvallis, OR 97330。

**您有权要求医生修改您的受保护健康信息。**这表示，只要我们存有您关于您的受保护健康信息，您便可以申请修改指定记录集中所含的此类信息。在某些情况下，我们可能会拒绝您的修改请求。如果我们拒绝您的修改请求，您有权向我们提交异议声明，而我们会针对您的声明准备反驳文件，并向您提供任何此类反驳文件的副本。如果您对修改病历有疑问，请联系我们的 HIPAA 隐私官进行确定。

**您有权获得我们对受保护健康信息进行的某些披露（如有）的说明。**这项权利适用于因本《隐私惯例通知》所述治疗、付款或医疗保健业务以外的目的而进行的信息披露，但不包括为制作机构目录、向参与您护理的家庭成员或朋友或出于通知目的进行的信息披露。对于 2003 年 4 月 14 日之后发生的此类信息披露，您有权获取具体信息。您可以申请缩短时限。获取这些信息的权利受到某些例外情况和限制条件的约束。

**即使您同意以电子方式接受本通知，您也有权要求我们提供本通知的纸质副本。**

### 3. 投诉

如果您认为我们侵犯了您的隐私权，有权提出投诉。我们欢迎您在此处在线提交投诉，告知我们的 HIPAA 隐私官，向我们提出投诉：<https://www.corvallisclinic.com/ask-administration/>。您也可以致电 541-768-2273 联系我们的 HIPAA 隐私官，了解有关内部投诉流程的更多信息。

此外，您可以通过以下方式提出投诉：在线提交投诉至美国卫生与公众服务部，寄信至 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201，或者通过电子邮件将填妥的在线投诉和同意书发送至 [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)。我们绝不会因您的投诉而对您进行报复。

本通知于 2022 年 2 月 25 日发布和生效。