



洛杉矶县医疗卫生机构 隐私保障规范通告

本通告介绍了如何使用和透露您的医疗信息
以及如何获得这些信息。
请仔细阅读。

生效日期：2017年5月30日

谁将遵守本隐私保障规范通告

本通告介绍了洛杉矶县卫生局、心理健康服务部和公共卫生部，统称卫生机构（机构）的工作人员遵循的隐私保障规范。工作人员包括医生、护士、住院医师、治疗师、病例管理人员、学生、志愿者和其他在机构中帮助您的医护人员。

对您健康信息的承诺

卫生机构依照法律应做到：

- 将您的病例和健康信息，也被称为“受保护的健康信息”，做到既私密又安全。
- 该通告向您解释了您在健康信息方面的权利以及我们应负的法律责任。
- 向您讲述关于我们的隐私保障规范和遵循此通告的条款。
- 如果您的健康信息隐私遭到侵犯，我们会通知您。

使用和透露您的健康信息

在未经您授权的情况下使用或透露您的健康信息的不同方式，以下我们做了分类介绍。对于按不同的方式使用或透露您的健康信息，我们将会解释我们的意思并尝试举例说明。并不是每次使用或透露您的健康信息都被列出。然而，我们可能使用和透露信息的所有方式都属于以下类别范围之内的。

治疗：为您提供医疗和相关服务，我们可能使用和透露您的健康信息。我们可能会将您的健康信息与医生、医务人员、顾问、治疗人员、职员、支持人员和参与您的护理

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

的其他卫生保健人员共享。我们也可能与治疗提供者为您今后因其他治疗原因而共享您的健康信息。此外，我们可能会在紧急情况下使用或共享您的健康信息。

付款: 我们可能会使用并透露您的健康信息来收取您所获得的治疗和服务的费用。出于计费 and 支付目的，我们可能会向您的付款来源透露您的健康信息，包括保险或托管理护公司、医疗保险、医疗补助或其他第三方支付人。例如，我们可能会向您提供有关您所接受治疗的健康计划信息，以便您的健康计划为您的治疗向我们付款或退款，或者我们可能会与您的健康计划联系，以确认您的保险范围，或者要求您事先认可您的治疗方案。

卫生保健的操作: 我们可能会将您的健康信息用于卫生机构业务的目的，例如质量保证和改进措施、审查卫生保健专业人员的能力和资格、医疗审查、法律服务、审计工作和一般行政目的。例如，我们可能会使用您的健康信息来评估我们的治疗和服务，并评估我们的员工在照顾您方面的表现。我们可以结合病人的健康信息来决定该机构应该提供哪些额外的服务，或者新的治疗方法是否有效。法律可能需要我们与监管我们业务的联邦和州监管机构的代表共享您的健康信息

业务伙伴: 我们可能会与我们的业务伙伴共享您的健康信息，以便他们能够执行我们要求他们做的工作。我们的业务伙伴提供的一些服务包括账单服务、档案保管、法律或会计咨询服务。为了保护您的健康信息，我们与我们的业务伙伴签订了要求他们保护您的信息的书面合同。

健康信息交换: 我们与洛杉矶地区的其他卫生保健提供者可能参与一个或多个健康信息交换 (HIE) 的系统。健康信息交换系统是一个社区范围的信息系统，由参与的卫生保健提供者用于共享有关您的健康信息以供治疗之用。如果您需要从没有您的病例或健康信息的医疗服务提供者那里获得治疗，那么该医疗服务提供者可以使用该系统收集您的健康信息以便为您提供治疗。例如，他/她可能已经进行了实验室或其他测试，或者发现您已经接受了治疗。我们将把您的健康信息包含在该系统中。如果您不希望您的信息与健康信息交换系统共享(选择退出)或以前选择不参与健康信息交换系统，以及希望与健康信息交换系统(选择加入)共享您的信息，请通知您的注册人员或您的卫生保健机构的业务办公室。工作人员可以使用健康信息交换系统的共享状态变更表来帮助您来变更您的选项。

医院目录: 我们医院有一个目录，上面列有住院病人的名单，这样病人家人和朋友就可以打电话或来探访您，您也可以收到邮件。如果您不反对，我们将在医院目录中列出包括您的姓名、在 hospital 的位置、大致的健康状况(例如一般、稳定、危急情况等等)和宗教信仰。除非您要求我们不要包含您或限制您的信息，否则除了宗教信仰以外，目录信息将向要求您提供姓名的人发布。是否提供您的宗教信仰是您的选择。如果您

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

决定给我们这个信息，您的宗教信息可能会给一位神职人员，如牧师或拉比，即使他们没有要求提供您的名字。

预约提醒： 我们可能会使用并透露您的健康信息来联系您，以通过标准邮寄(明信片)、电话、电子邮件或短信的方式提醒您的预约。

与您讨论治疗、替代方案和其他与健康相关的福利和服务： 我们可能会使用和透露您的健康信息来告知您的健康状况，或推荐可能的治疗选项或替代方案。我们可能会告诉您与健康有关的福利，医学教育培训课程或服务(如医疗补助或社会保障福利的资格)，这也许是您感兴趣的。

参与您的护理或支付您的护理费用的个人： 如果我们得到您的口头协议，或者如果我们给您一个反对此类透露信息的机会，并且您没有提出异议，我们可能会向您的一位家庭成员、亲戚、亲密朋友或其他参与您的医疗保健或医疗费用有关的个人透露您的健康信息。如果您在我们给您提供的时间内无法同意或提出反对意见，例如您丧失行为能力或在紧急情况下，我们可能会根据我们的专业判断，在符合您的最大利益的基础上，决定分享您的健康信息。

救灾的目的： 我们可能会把您的健康信息透露给一个协助救灾的组织，这样您的家人就可以知道您的健康情况、状况和所在位置。我们会给您决定同意或反对透露这一信息的机会，除非我们决定需要透露您的健康信息以应对紧急情况。

公共卫生目的： 我们可能会在公共卫生活动中透露您的健康信息。这些活动通常包括：

- 预防或控制疾病、伤害或伤残；
- 报告出生和死亡；
- 举报虐待或忽视儿童；
- 报告药物反应或产品问题；
- 通知召回人们可能正在使用的产品；
- 通知可能接触过疾病或可能有感染或传播疾病或情况危险的人；
- 通知有关政府当局，如果我们认为您已成为虐待、忽视或家庭暴力的受害者。

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

卫生监督目的： 我们可能出于法律允许的目的向卫生监督机构透露您的健康信息。例如，我们可能共享您的健康信息用于审计、调查、检查、认证、许可和处罚的目的。

研究： 如果您授权将您的健康信息用于研究目的，那么您的健康信息可能会被提供给研究人员。在某些情况下，我们可能会将您的信息透露给准备研究方案的研究人员，或者如果我们的机构审查委员会 (IRB) 认定不需要授权。机构审查委员会的职责是确保研究中对人类受试者的保护。我们也可能为研究、公共卫生或卫生保健业务提供少量的关于您的健康信息 (不包括您的姓名、地址或其他直接标识符)，但前提是接收信息的个人或组织签署了保护信息的协议，而不是使用该信息来识别您。

司法及行政程序： 如果您卷入诉讼或纠纷，我们可能会根据法院或行政命令透露您的健康信息。我们也可能在接到传票、调查请求或涉及争议的人的其他法律程序时透露您的健康信息。但是，只有在已作出努力告知您有关请求 (可能包括书面通知您) 或获得保护所要求的健康信息的命令时才可以。

执法： 我们可能会向执法机构透露您的健康信息：

- 如果警察把您带到医院，并记录在紧急情况下对您的血液进行酒精或药物滥用的测试；或者
- 如果警察出示有效的搜查令；或者
- 如果警察出示有效的法庭命令的；或者
- 依照法律的要求或者允许的，报告虐待、忽视或者攻击行为；或者
- 报告对第三方的某些威胁或在该场所犯下的罪行；或者
- 法律规定或者允许的，辨认或者定位犯罪嫌疑人、在逃人员、重要证人、失踪人员；或者
- 如果在一名治安官要求对您进行 72 小时的精神状况评估并要求通知您后，您被强制拘留，报告您的释放情况。

器官及组织捐赠： 如果您是一位器官捐赠者，我们可能会将您的健康信息提供给一个涉及器官和组织捐赠的机构。

验尸官、法医、殡仪人员和死者信息： 依照法律要求，您的健康信息可能会被透露给验尸官或法医。例如，确认死者身份或确定死因可能是必需的。我们也可能向殡仪馆透露有限的健康信息。如果死者的家人或朋友在死者去世前曾参与护理或曾支付有关护理费用，而且健康信息是紧密相连的，我们也会向他们提供健康信息。如果健康信息与他们的参与无关，或者我们知道死者不希望我们分享这些信息，我们绝不会这样做。

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

防止对健康或安全造成严重威胁: 我们可能在必要时使用和透露您的某些信息, 以防止对您或他人的健康和​​安全构成严重威胁。然而, 任何此类透露将仅在联邦、州或地方法律法规要求或允许的范围内进行。

军人: 如果您是武装部队的军人, 我们可能会根据军事当局或退伍军人事务部的要求透露您的健康信息。

专门的政府职能和国家安全: 我们可能会向联邦官员透露您的健康信息, 以便进行合法的情报、反情报和法律允许的其他的国家安全行动的需要。我们也可以将您的健康信息透露给为总统, 其他人员或外国国家元首提供保护的或者进行调查研究的联邦官员。

工伤赔偿: 我们可能会在工伤补偿法或相关项目允许的情况下透露您的健康信息。例如, 我们或许会将您有关工伤或疾病的健康信息传达给理赔管理员、保险公司和其他负责评估您的工伤或疾病索赔的人员。

法律规定: 根据联邦、州或地方法律的要求, 我们将透露您的健康信息。例如, 法律要求我们报告某些类型的伤病。

信息泄露: 如果您的健康信息被他人非法或未经授权的获取, 例如未经授权查看您健康信息的人查看您的信息或您的健康信息意外丢失或被盗, 我们可能会使用并透露您的健康信息。我们还将向州和联邦当局报告这些情况, 并可能需要使用您的健康信息。如果发生这种情况, 我们将通过一级邮件将书面通知发送到您的最新一个已知地址。

透露精神疾病、药物滥用和艾滋病毒相关信息的特殊规则: 对于透露有关精神疾病、药物滥用或艾滋病毒相关检测和治疗的健康信息, 可适用特殊规则。一般而言, 有关精神疾病、药物滥用或与艾滋病毒相关检测和治疗的健康信息, 未经您的许可或法庭命令不得透露。这个一般规则也有例外。例如, 艾滋病毒检测结果可能会在未经书面授权的情况下透露给您的卫生保健提供者。

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

囚犯: 如果您是一名囚犯或在执法人员的监管下，我们会把您的健康信息交给惩教机构或执法人员。提交您的健康信息对于该机构向您提供医疗保健和惩教机构的安全和保障是必要的。

筹款: 我们可能会利用您的信息与您联系，为我们的医院或诊所筹集资金。我们将限制透露任何有关您的信息，如您的姓名、地址和电话号码，以及您在我们的机构接受治疗或服务的日期。例如，我们可能会给您写信询问您是否愿意捐款。您可以选择对于我们的筹款不予理睬。如果我们向您发送有关我们筹款活动的信息，我们将提供一种简单的方式，让您要求我们今后不再为我们的筹款活动联系您。

其他使用及透漏健康信息

除本通告所述或州或联邦法律允许外，未经您的书面授权，我们不会使用或共享您的健康信息。例如，我们不能使用或透露您的健康信息用于营销目的，或未经您的书面授权销售您的健康信息。如果您签署了授权，之后改变了主意，您可以书面通知我们。我们将停止任何未来使用和透露您的信息，但不要要求我们收回我们已经透露过的任何信息。

关于您的健康信息的权利

您拥有以下关于您的健康信息的权利，您可以通过在您获得医疗保健的机构中提交您的请求来行使这些权利。为方便您查阅有关表格，请浏览我们的网站：dhs.lacounty.gov，dmh.lacounty.gov 或 publichealth.lacounty.gov。

有权要求限制提供您的健康信息: 您有权要求我们在使用或提供您的健康信息进行治疗、支付或医疗保健操作时遵守特殊限制。您也可以要求我们提供给参与您的护理或支付您的医疗保健的人的记录加以限制。例如，您可能会要求我们不要与您的配偶分享某些信息。

我们不需要同意您的要求，并且我们将告诉您如果我们不能履行您的要求。但是，如果我们同意，我们将遵守，除非需要健康信息为您提供紧急治疗。如果我们将您受限制的健康信息共享给医疗服务提供商进行紧急治疗，我们将要求医疗服务提供商不再进一步使用或透露这些信息。

当您全额自付时，有权要求限制: 如果您或其他人自掏腰包，全额支付医疗保健项目或服务的费用，您有权要求限制将您的健康信息透露给用于支付或医疗保健操作的健康计划。我们必须同意您的要求，除非法律要求我们分享您的信息。如果您全额自费购买了卫生保健项目或服务，并且您希望要求这一特殊限制，您必须向您获得卫生保健的机构提交书面请求。

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

选择代理人的权利: 如果您给了某人医疗委托书, 或者某人是您的合法监护人, 那个人可以行使您的权利, 对您的健康信息做出选择。在我们采取任何举措之前, 我们将确保这个人拥有适当的权力。

接受保密沟通的权力: 您有权要求我们对您的预约或其他与您治疗相关的事宜以特定的方式与您沟通(例如, 只在工作时给您打电话)。您必须详细说明我们将如何或在何处与您联系。我们会满足所有合理的要求。

获取、检查和复制您的健康信息的权利: 除了某些例外情况, 如考虑心理治疗记录, 您有权查看和获取我们拥有的关于您的病历的副本。要检查和复制您的病历, 您必须以书面形式向您获得医疗保健的机构提出请求。如果您想要一份您的病历, 我们可能会收取与您的病历相关的复印、邮寄或用品的费用。如果我们拒绝您的请求, 我们会为您提供一份书面决定。

修改您的健康信息的权利: 您认为您的病历中所包含的健康信息不正确或不完整, 您可以要求我们更正或更新这些信息。您有权要求修改, 只要我们保留了您的健康信息。请求修改, 您必须以书面形式向您获得卫生保健的机构提出请求。您必须说明为什么您认为您的健康信息是错误的或不完整的。在某些情况下, 我们可能会拒绝您的修改请求。如果我们拒绝您的请求, 我们会给您一个书面的理由。

获得透露健康信息的账目清单的权利: 您有权要求该机构提供一份透露您的某些健康信息的账目清单。这是我们透露您的健康信息的列表, 而不是我们自己用于治疗、支付和医疗保健业务的信息。要求提供一份账目清单, 您必须说明一个时间段, 但不能超过 6 年。12 个月内提供的第一份清单是免费的。我们可能会对以后的每一个请求收取费用。在我们处理您的请求之前, 我们会告诉您费用, 以便您可以更改或撤回您的请求。

索取书面通知副本的权利: 即使您已收到本通知的副本或已同意以电子方式收到本通知, 您仍有权随时收到本通知的纸质副本。您可以从您获得医疗服务的机构获得一份该通知的纸质副本。本通知的电子版也可在我们的网站上查阅: dhs.lacounty.gov, dmh.lacounty.gov 或 publichealth.lacounty.gov.

Los Angeles County Health Agency
Notice of Privacy Practices

本通告的更改

当法律或我们的隐私保障规范发生变化时，我们可以更改此通告。保留对我们已经掌握的您的健康信息以及我们将来收到的任何信息作出修订或变更的通知的权利。您不会自动收到新通知。如本通告有任何更改，本机构会将更改后的通告张贴于本机构及上述网站上。您也可以从您获得医疗保健的机构获得任何修改后的通知。

如何投诉

如果您认为我们侵犯了您的隐私权，您可以向您获得医疗保健的机构或以下列出的任何机构提出投诉。法律禁止对个人投诉进行报复。

County of Los Angeles
Department of Health Services
Privacy Officer
313 N. Figueroa Street, Room 703
Los Angeles, CA 90012
(800) 711-5366

County of Los Angeles
Department of Public Health
Privacy Officer
1000 S. Fremont Ave.
A9E, 5th Floor - South
Alhambra, CA 91803
(888) 228-9064

County of Los Angeles
Department of Mental Health
Director of Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020
(800) 700-9996

您也可以向美国卫生与公众服务部投诉，公民权利办事处电话：(800) 368-1019 (TDD: 800-537-7697) 或致函：

Region IX, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th St. Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

您也可通过此链接投诉：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/