

您的信息。您的权利。我们的责任。

联邦法律保护健康信息的机密性，包括物质使用障碍 (**substance use disorder, SUD**) 患者记录。

本通知说明：

- 您的健康（医疗）信息可能如何被使用和披露，
- 您对您的健康信息所享有的权利，包括您如何获取这些信息的访问权，以及
- 若您的健康信息隐私或安全受到侵犯，或您对您的信息相关权利受到侵犯时，如何提出投诉。

您有权获得本通知的副本（纸质或电子形式），并可通过 **1-888-294-8455** 或 **PHSSystemintegrity@providence.org** 与 **Providence** 进行讨论。

请仔细阅读。

您的权利

您有权：

- 获取您的纸质或电子病历副本
- 更正您的纸质或电子病历
- 请求保密通信
- 针对您已全额支付的服务，要求并获得限制向您的健康计划披露相关信息
- 要求我们限制信息使用或共享
- 获取我们与之共享您信息的人员清单
- 获取本隐私通知的副本
- 指定某人代表您行事
- 如果您认为您的隐私权受到侵犯，可以提出投诉

您的选择

对于我们使用和共享信息的方式，您拥有以下选择权：

- 告知亲友您的病情
- 提供灾难救助
- 将您列入医院名录

- 提供心理健康护理
- 筹集资金
- 参与健康信息交换 (Health Information Exchange, HIE)

我们的使用和披露

我们可能在以下情况下使用和共享您的信息：

- 为您提供治疗
- 运营我们的机构
- 为您开具服务账单
- 协助处理公共卫生和安全问题
- 开展研究
- 遵守法律
- 回应器官和组织捐赠请求
- 与法医或殡仪馆负责人合作
- 处理工伤赔偿、执法以及其他政府请求
- 应对诉讼和法律行动

您的权利

关于您的健康信息，您享有特定权利。

本节阐述您的权利及我们协助您的部分责任。若需行使任何权利，请通过本通知开头的联系信息与我们联系。

获取您的纸质或电子病历副本

- 您可以要求查阅或获取您的医疗记录和其他健康信息的电子或纸质副本。您可以要求我们将您的电子病历副本发送给您指定的接收方。
- 除非存在拒绝访问的正当理由，我们通常在您提出请求后的 30 天内提供您的健康信息的副本或摘要。我们可能就信息制作及传输收取合理的成本费用。

要求我们更正您的纸质或电子病历

- 您可以要求我们更正您认为不正确或不完整的个人信息。
- 若我们拒绝您的请求，将以书面形式说明理由。
- 即使请求被拒，您仍然有权就您认为不完整或不准确的信息提交书面补充说明。

请求保密通信

- 您可以要求我们以特定方式联系您（例如家庭或办公室电话）或将信件寄送到其他地址。
- 我们将接受所有合理请求

要求我们限制信息使用或共享

- 您可以要求我们不要将某些健康信息用于治疗、付款或运营目的。除下述情况外，我们没有义务同意您的请求，如果可能影响您的诊疗我们也会拒绝。
- 如果您自费全额支付您的服务或医疗保健项目，您可以要求我们不要出于付款或运营目的而与您的健康保险公司共享您的信息。除非法律要求我们共享这些信息，否则我们将同意您的请求。

获取我们与之共享您健康信息的人员清单

- 您可以要求我们提供过去六年内的信息披露清单记录，包含我们共享您信息的时间、共享对象以及原因。
- 清单将包括除用于治疗、付款和医疗保健运营的信息披露，以及某些其他信息披露（例如您要求我们进行的披露）之外的所有披露。我们每年会免费提供一次披露清单，但如果您在 12 个月内再次请求，我们将收取合理的成本费用。

获取本隐私通知的副本

- 即使您已同意以电子方式接收通知，您也可以随时要求索取本通知的纸质副本。我们将及时向您提供纸质副本。

指定某人代表您行事

- 如果您已向某人提供医疗授权委托书，或者某人是您的法定监护人，则该人士可以行使您的权利，并就我们持有的有关您的信息作出选择。
- 在我们采取任何行动之前，我们可能会确认该人士拥有此权限并可以代表您行事。

如果您认为您的隐私权受到侵犯，可以提出投诉

- 如果您认为我们侵犯了您的权利，您可以通过本通知开头的联系信息与我们联系，提出投诉。
- 您可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉。
- 我们不会因您提出投诉而对您进行报复。

您的选择

对于某些健康信息，您可以告知我们您希望我们如何共享。如果您对我们在下述情况下如何共

享您的信息有明确的偏好，请与我们联系。请告知我们您希望我们如何处理，我们通常会遵循您的指示。

在以下情况下，您有权选择告知我们：

- 与您的家人、亲密朋友或参与您护理的其他人共享信息
- 在灾难救助情况下共享信息
- 将您的信息列入医院名录

如果您无法告知我们您的偏好，例如您处于无意识状态，如果我们认为这符合您的最佳利益，我们可能会继续共享您的信息。当需要减少对健康或安全的严重且紧迫威胁时，我们也可能共享您的信息。

在某些情况下，除非您给予我们书面许可，否则我们绝不会共享您的信息。这些情况包括：

- 用于营销目的的共享（在相关法律将此类活动定义为“营销”的情况下）
- 出售您的信息（在相关法律将此类共享行为定义为“出售”的情况下）
- 大多数心理治疗记录的共享

在筹款情况下：

- 我们可能会就筹款事宜与您联系，但您可以告知我们不要再联系您。如需选择退出，请参阅本通知开头的联系信息。

在一般通信情况下：

- 我们可能会使用您提供给我们的电话号码和电子邮件地址就医疗保健事宜与您联系。我们可能使用自动电话拨号系统、预先录制或合成语音消息、短信或电子邮件。当我们以这种方式联系您时，您将有机会选择不接收或退出接收此类通信。我们的信息可能包括但不限于约诊提醒、出院计划、账单、处方提醒、研究机会、我们的产品和服务、治疗替代方案、您的总体健康状况以及监管通知等。由于我们发送的短信和电子邮件可能未加密，存在被他人读取或访问的风险，我们将采取措施限制这些消息中包含的您的个人信息量。如果您不希望接收此类短信或电子邮件，请告知我们，我们将尊重您的要求。

我们的使用和披露

根据法律规定，我们需要在使用或共享您的可识别个人身份的健康信息之前获得您的授权，除非我们出于特定目的需要使用或共享这些信息。这些目的包括：

为您提供治疗

我们可以使用您的健康信息为您提供治疗，并且我们可能会将该信息与其他正在为您治疗或协助治疗的专业人员共享。

示例：一位为您治疗伤情的医生向另一位医生询问您的整体健康状况。

运营我们的机构

我们可以出于医疗保健运营目的使用和共享您的健康信息，包括运营和管理我们的机构。

示例：我们可能会使用您的信息来评估和改进我们的治疗服务质量，与其他专业人员协调您的护理，提供客户服务，以及为我们的机构筹集资金。

为您开具服务账单

我们可以使用和共享您的健康信息，以便向健康计划或其他实体开具账单及收取付款。

示例：我们会向您的健康保险计划提供有关您所接受医疗保健服务的信息，以便其支付您的服务费用。

有组织的医疗保健安排的运营

根据有组织的医疗保健安排 (organized health care arrangement, OHCA)，我们医院的医务人员和联合健康专业人员可在必要时彼此共享您的健康信息，以开展与 OHCA 相关的治疗、付款或医疗保健运营。

我们还可以如何使用或共享您的健康信息？

我们被允许或被要求以其他方式共享您的信息——通常是为了促进公共利益，例如公共卫生和研究。在出于这些目的共享您的信息之前，我们必须满足法律规定的许多条件。有关详细信息，请参阅：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

协助解决公共卫生和安全问题

在某些情况下，我们可以共享您的信息，例如：

- 预防疾病
- 协助产品召回
- 报告药物不良反应
- 报告疑似虐待、忽视或家庭暴力
- 预防或减少对任何人的健康或安全的严重威胁

通过健康信息交换促进最佳患者护理

如果我们参与了内部健康信息交换 (HIE) 和外部 HIE 网络，这些网络由医疗服务提供者、保险公司和公共卫生机构组成，通过共享患者信息可以提高患者护理质量：

- 我们可能会以电子方式与这些组织的成员共享您的信息。如果我们通过 HIE 共享物质使用障碍信息，则除非法律允许，接收这些信息的实体不得再次披露该信息。

- 如果您不希望我们通过 HIE 共享可识别您身份的信息，您可以通过 <https://www.provshare.org/health-information-exchange/for-patients/> 或拨打免费电话 (833) 990-1900 选择退出。如果您选择退出，您的其他医疗服务提供者可能会通过其他方式向我们请求您的信息，而不是通过 HIE 访问这些信息。

开展研究

我们可以出于某些健康研究目的使用或共享您的信息。

遵守法律

如果州或联邦法律要求，我们将共享您的信息，包括向卫生与公共服务部提供信息，以供其核查我们是否遵守联邦隐私法。

响应器官和组织捐赠请求

我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。

与法医或殡仪馆负责人合作

当个人死亡时，我们可以与验尸官、法医或殡仪馆负责人共享健康信息。

处理工伤赔偿、执法以及其他政府要求

我们可以使用或共享您的健康信息：

- 用于工伤赔偿索赔
- 用于执法目的或与执法人员共享
- 与依法授权开展活动的卫生监督机构共享
- 用于特殊政府职能，如军事、国家安全和总统保护服务

应对诉讼和法律行动

我们可以根据法院或行政命令，或根据传票，共享您的健康信息。

从服务提供商处获得协助

我们可能会将您的健康信息披露给我们的服务提供商（“业务伙伴”），这些服务提供商代表我们提供服务，且需要访问这些信息。我们的所有业务伙伴必须同意的事项包括：保护您的健康信息隐私，并仅出于履行业务伙伴所从事服务的目的使用和披露这些信息。

去识别化信息

我们可能会使用您的健康信息来创建去识别化信息，即这些信息经过严格流程处理，能够识别您身份的风险非常小。

特殊类别的医疗信息

我们将遵守联邦和州法律，这些法律可能对您的信息提供超出本通知范围之外的额外保护，例如与精神/行为健康、药物和酒精滥用、HIV 检测及基因检测信息的使用和披露相关的信息。下文将具体描述，如果您在物质使用障碍项目（SUD 项目）中接受治疗，我们可能如何使用和披露我们创建或接收的有关您的信息。

一般物质使用障碍治疗信息

如果我们通过您为治疗、付款或医疗运营目的而使用和披露您的 SUD 项目记录所提供的一般同意，从受联邦物质使用障碍法规（“SUD 规则”）管辖的 SUD 项目接收或持有您的任何信息，我们可以按照本通知所述目的使用和披露您的 SUD 项目记录。如果我们通过您向我们或其他第三方提供的特定同意接收或持有您的 SUD 项目记录，我们将仅在该同意明确允许的范围内使用和披露您的 SUD 项目记录。在任何情况下，我们不会在任何联邦、州或地方当局的任何民事、刑事、行政或立法程序中使用或披露您的 SUD 项目记录，或使用描述您 SUD 项目记录中所含信息的证词来对您不利，除非 (i) 获得您的授权，或 (ii) 在您收到法院命令通知后根据法院命令执行。

物质使用障碍患者记录的保密性

我们在部分机构中提供 **SUD** 项目。由 **SUD** 项目保存的 **SUD** 患者记录受到联邦法律特殊条款的保护。以下信息专门提供给 **SUD** 项目的患者，作为对本通知中适用于所有患者其他部分的补充。

本节中的信息适用于 SUD 治疗信息，不适用于您在 SUD 项目之外可能接受的护理相关信息，例如在急诊室或由您的初级保健医生进行的物质滥用筛查。

我们如何使用和共享您的 **SUD** 治疗信息

我们将在必要时与我们的工作人员共享您的 **SUD** 治疗信息，以便为您提供护理或向您收取服务费用。一般而言，我们不得向 **SUD** 项目之外的人员透露您参加 **SUD** 项目，或披露任何可识别您患有或曾经患有物质障碍的信息，除非出现下述情况：

在以下情况下，我们可能会在未经您同意的情况下共享您的 SUD 治疗信息：

- 在医疗紧急情况下向医务人员提供
- 向代表我们提供服务并书面同意按照与我们相同方式保护您信息的合格服务机构提供
- 向执法部门报告您在我们的机构内或针对我们的工作人员实施或威胁实施的犯罪行为
- 根据州法律要求，向儿童保护服务机构报告疑似儿童虐待或忽视
- 向合格人员提供用于研究

- 向合格人员提供用于审计或项目评估
- 根据法院命令允许的情况，且该命令包含要求我们共享您信息的传票或其他法律指令。除非获得您的书面明确同意或根据法院命令，否则我们不会在任何针对您的民事、行政、刑事或立法程序中披露您参加 **SUD** 项目的记录或相关证词。如果有法院命令，我们必须通知您，并为您提供提出异议的机会。

在所有其他情况下，未经您的书面同意，我们不得共享您的 SUD 治疗信息（在我们的 SUD 项目之外）。您可能希望提供此类同意的情况包括：

- 当您希望我们出于广泛研究目的共享您的 SUD 治疗信息时。
- 当您希望授权共享您的 SUD 治疗信息，用于所有未来的治疗、付款和医疗保健运营目的时。为这些目的接收您信息的组织必须根据法律或合同要求，按照联邦法律的规定保护您的信息。如果您同意我们共享您的信息，您可以随时通过书面通知我们改变主意并要求我们停止共享。一旦我们收到您撤回同意的书面通知，我们将停止任何需要该同意的信息共享。但是，在我们收到您的撤回通知之前基于该同意已经进行的披露不会因您的撤回而失效。

您作为 **SUD** 项目患者的权利

作为 SUD 项目的患者，除了本通知中描述的一般权利之外，您还享有某些额外权利。

- 如果您自费全额支付某项服务或医疗项目，您可以要求我们不要与您的健康计划共享该信息。
- 您有权请求并获得基于您的同意由 SUD 项目作出的披露记录清单，最长可追溯至申请日期之前 3 年。此外，如果您同意通过电子健康信息交换(HIE)、护理管理组织或其他中介机构共享您的信息用于治疗，您有权获得该中介机构在过去 3 年内的披露清单。

您有权在我们向您发送筹款通信之前选择拒绝接收。如需选择退出，请参阅本通知开头的联系信息。

州特定要求

某些州拥有隐私法，可能对健康信息的使用和披露采取额外保护。如果州隐私法律在我们使用或共享您的信息方面比本通知所述要求更严格，我们将遵守适用的州法律。

我们的责任

- 法律要求我们维护您的健康信息的隐私和安全。
- 如果发生可能危及您的信息隐私或安全的泄露事件，我们将及时告知您。
- 我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私惯例。
- 除非您提供书面同意，否则我们不会以本通知所述之外的方式使用或共享您的信息。如

果您提供此类书面同意，您可以随时通过本通知末尾提供的地址向我们发送书面信函来撤回该同意。请注意，如果您授权我们与某些个人或实体共享您的健康信息，这些个人/实体可能不受与我们相同的隐私法规约束，并可能再次披露这些信息。

有关详细信息，请参阅：

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

本通知条款的变更

我们可以更改本通知的条款，这些更改将适用于我们持有的有关您的所有信息。新通知将在您提出请求时提供，并在我们的网站上发布。

本通知的适用范围

在本通知中，我们使用“我们”和“我们的”来指代非营利组织 Providence。本通知描述了我们以及以下各方的惯例：

- 任何获授权将信息录入您记录的医疗保健专业人员。
- 所有部门和单位。
- 任何我们允许协助您的志愿者团体成员。
- 所有员工、工作人员和其他人员。
- 与 Providence 存在共同所有权或控制关系，或以其他形式关联的关联受监管实体 (Affiliated Covered Entities, ACE)。
- 在 Providence 机构根据有组织医疗保健安排 (OHCA) 提供服务的医院医务人员和联合医疗专业人员。

本通知适用于 Providence 及其关联受监管实体拥有并由 Providence 共同拥有或控制的医疗服务地点所提供的服务。

有关将遵循本通知的组织的信息，包括在其所有服务地点向公众提供医疗保健服务的所有提供者，可在 <https://www.providence.org/> 查阅。

与联邦和州医疗隐私法的许可和要求的关系

本隐私惯例通知旨在以简单易懂的语言向您解释您的医疗隐私权以及我们的责任。医疗隐私相关法律本身非常复杂。为了提高可读性，本通知对我们的义务进行了总结，并未包含所有可能适用的法律例外情况。如果本通知未包含法律允许的某些例外情况，不应被理解为这些例外不适用。Providence 无意通过本通知为自身设定超出法律要求的额外义务或限制。

联系信息

Providence 隐私办公室诚信热线：1-888-294-8455

1801 Lind Avenue SW, Suite 9016
Renton, WA 98057-9016