



您的信息。
您的权利。
我们的责任。

本公告叙述了我们将如何使用和披露您的医疗信息，以及您自己如何才能获得此信息。

请仔细阅读。

您的权利

当涉及您的健康信息时，您享有一定的权利。为帮助您理解具体内容，本部分对您享有的权利，以及我们需承担的某些责任进行了说明。

获取电子版或纸质版医疗记录

- 您可以要求查看或获取您的电子版或纸质版医疗记录，以及我们所掌握的有关您的其他健康信息。关于如何操作的问题，可向我们咨询。
- 通常在您提出要求后的 30 天之内，我们将提供一份您的健康信息的复印件或摘要。我们会根据州法律的允许范围对此收取费用。

要求我们修改您的医疗记录

- 您可以要求我们对您认为不正确或不完整的健康信息进行修改。关于如何操作的问题，可向我们咨询。
- 我们可能会“拒绝”您的要求，但我们会在 60 天之内通过书面形式告知您被拒绝的原因

要求机密交流

- 您可以要求我们通过特定方式联系您（例如，拨打您的家庭电话或办公室电话）或发送邮件至另一个地址。
- 我们会“同意”所有合理的要求。

要求我口限制所使用和共享的内容

- 您可以要求我们**不要**出于治疗、付款和我们经营的目的而使用或共享某些医疗保健信息。
 - 如果您的要求可能影响治疗，那么我们不必同意，并可以拒绝该要求。
- 如果您以现金方式全额支付某项服务或医疗保健项目，您可以要求我们不要出于付款或经营目的向医疗保险公司提供该信息。
 - 除非法律要求我们共享该信息，否则我们将同意您的要求。

获取我们与之共享信息的人员列表

- 您可以索要一份清单（明细表），其内容包括您的健康信息（为索要日期前六年的健康信息）共享次数、共享人以及共享原因。
- 您可以索要一份关于披露您保密健康资料的统计表，其中不包括出于治疗、付款和医疗保健经营活动及某些特定目的而透露的资料。每年我们会免费提供一份明细表，但如果您在这一年内索要另一份明细表，我们将基于成本收取一定的合理费用。

获取此隐私公告的一份复印件

- 即使您已经同意接收电子版的公告，也可以随时索要一份纸质版的公告。我们将立即为您提供一份纸质版的公告。

选择您的代理人

- 如果您已给予某人医疗授权书，或者如果某人是您的法定监护人，那么此人可以行使您的权利并可对您的健康信息做出选择。
- 在采取任何行动之前，我们将确保此人已拥有这项权力并能够做您的代理人。

如果您感到权利受到了侵犯，可提出申诉

- 如果您感到我们侵犯了您的权利，则可通过第 1 页中的信息与我们联系后进行申诉。
- 您可以通过写信（地址为：200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201）、拨打电话 1-877-696-6775 或访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ 向美国卫生与公共服务部民权办事处(U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) 提出申诉。
- 我不会因你提出申诉而你行复。

您的

某些健康信息，您可以告知我您要共享的内容。在以下描述的情况中，如果您对如何共享您的信息有明确意愿，请告知我们。告诉我们您想让我们做些什么，我们将遵照您的指示行动。

在这些情况下，您有权利和选择要求我们：

- 与您的家人、密友或与您的医疗保健相关的其他人共享信息
- 出于救灾目的共享信息
- 将您的信息包含在医院目录中
- 在筹款活动联系您

如果您无法告诉我们您的意愿，例如，在您不省人事的情况下，我们会基于您的最佳利益继续共享您的信息。当需要降低严重且紧迫的健康或安全威胁时，我们也会共享您的信息。

在这些情况下，除非您给予我们书面许可，否则我们绝不会共享您的信息：

- 营销目的
- 出售您的信息
- 最大程度地分享您的心理治疗

在筹款活动：

- 我会为了筹款活动联系您，但您可以要求我们不要再联系您。

我口的使用及披露目的

通常我口如何使用或共享您的健康信息？ 通常我口通过以下方式使用或共享您的健康信息。

对您口行治口	我们可以使用您的健康信息，并与其他正在对您进行治疗的专业人士共享您的信息。	示例： 一位正在治疗您的外伤的医生向另一位医生询问您的整体健康状况。
运营我口的口口	我们可以使用和共享您的健康信息来运行我们的实践、改善您的病情以及在必要时联系您。	示例： 我们使用您的健康信息来管理对您的治疗和服务。
支付您使用的服口口口	我们可以使用和共享您的健康信息来给保健计划或其他机构寄发账单，要求其支付。	示例： 我口将您的健康信息提交口您的保健口划，向其收取您接受的服口的口用。

我口口可以出于哪些目的使用或共享您的健康信息？ 我们还可以或有必要出于公共事业（如公共卫生和研究）等目的共享您的信息。我们必须先满足许多法律条件的要求，才能为此类目的共享您的信息。有关详细信息，请参阅：

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

协助公众卫生和安全问题	我们可以针对以下情形共享您的健康信息： <ul style="list-style-type: none">• 预防疾病• 协助召回产品• 报告药物的不良反应• 报告涉嫌虐待、忽视或家庭暴力• 预防或降低对人的健康或安全造成的严重威胁
帮助口行研究	我们可以出于研究调查的目的使用和共享您的健康信息。
遵守法律	当州法律或联邦法律要求时，以及当卫生与公共服务部门要获知我们是否遵守了联邦隐私法时，我们将共享您的信息。
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。
向法医和丧葬承办人披露信息	当个人死亡时，我们可以与验尸官、法医或丧葬承办人共享此人的健康信息。
支付工伤赔偿金、执法和满足其他政府要求	<ul style="list-style-type: none">• 我们可以因以下原因共享您的健康信息：• 工口口口金索口• 口法目的或与口法人口共享• 为法律授权的活动与卫生监督机构共享• 政府职能，如军事、国家安全和总统保护服务
回应法律诉讼和法律制裁	我们可以为回应法院或行政命令，或回应传闻而共享您的健康信息。

我□的□任

- 法律要求我们维护您受保护的健康信息的隐私权 and 安全性。
- 如果□背您的信息□私□或危害信息安全，我□将会立即通知您。
- 我们必须遵循此公告中叙述的责任和隐私规则，并向您提供一份复印件。
- 除非您以书面形式告知我们，否则我们不会使用或共享您的信息（此处叙述的信息除外）。如果您告知我们可以使用或共享信息，您也可以随时改变想法。但如果您要改变想法，请以书面形式通知我们。

更多详细信息，请参阅：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html。

此公告条款的更改

我们可以更改此公告的条款，而更改将适用于我们拥有的有关您的所有资料。根据要求可在我们的办公室和网站上获得新公告的资讯。

此公告的有效日期自 2013 年 9 月 23 日起。

此□私□□公告适用于下列机构：

Hospice by the Bay（服务于马林县、三藩市、圣马刁县北部及索诺玛等县的宁养中心）

如您有任何□□，□□络：

湾区宁养中心隐私官员

17 E. Sir Francis Drake Blvd., Larkspur, CA 94939

电话: (415) 927.2273 / 传真: (888) 204.4081