

# 隱私權實踐公告

生效日期：2017年7月12日

更新於：2024年5月1日

此隱私權實踐公告「公告」描述了我們如何使用和披露與您相關的醫療資訊，以及您如何存取這些資訊。請仔細檢閱。

HSS West Side ASC（「HSS ASC」）非常重視並尊重我們病患的隱私權。這不僅是我們病患所期望的，也是從事醫療保健行業的正確方式。根據法律要求，我們將對透露您身份隱私的醫療資訊予以保護，並為您提供我們的公告副本，該公告描述了 HSS ASC、其醫療員工和附屬醫療保健提供者在為 HSS ASC 提供醫療保健服務時遵循的醫療資訊隱私權實踐。我們的公告將張貼於醒目處。您也可以透過造訪我們的網站獲取我們公告的副本，網址為 <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>，致電至 (646) 495-3300 與 HSS ASC 聯繫，或在下次到訪時索取。

若您對此公告有任何問題或需要獲取更多資訊，請致電 (646) 495-3300 與 HSS ASC 的隱私權人員聯繫。

## 誰將遵循此公告中的實踐？

HSS West Side ASC (「HSS ASC」) 與醫生、其他醫療保健專業人士和組織為病患提供醫療保健服務。下方人士將遵循此公告中所述的隱私權實踐：

- 任何在 HSS ASC 直接為您提供服務的醫療保健專業人士；以及
- 在 HSS ASC 直接提供 HSS ASC 服務的所有員工、醫護人員、實習醫生、學生和志工。

此公告中所述的隱私權實踐不適用於當 HSS ASC 醫護人員或其他醫療保健專業人士在私人辦公室為您提供護理服務。舉例而言，此公告中所述的隱私權實踐適用於一名醫生在 HSS ASC 提供外科手術服務的情況。若您找同一位醫生在其私人辦公室複診，此公告中所述的隱私權實踐將不再適用。該醫生應為您提供另一份適用於其私人辦公室的隱私權實踐公告。此外，此公告中所述的隱私權實踐不適用於當 HSS ASC 醫護人員或我們的其他員工在其他醫院或設施接待您的時候。

## 此公告中所述的許可

此公告將闡釋在我們出於特定目的使用或披露您的醫療資訊前向您徵求的許可類型。此公告中所指的兩種許可：

- 「拒絕機會」，我們在出於特定目的使用或披露您的醫療資訊前會給予您拒絕的機會。在這種情況下，您有機會以電話或書面形式反對我們使用或披露您的醫療資訊。
- 另一種是「書面授權」，我們將在其中向您提供關於因某些目的而接收您醫療資訊的對象及其詳細資訊。我們只有權以您簽署的書面授權表中的方式，使用和披露書面授權書中所述的個人醫療資訊。書面授權書中列有過期日期或事件。

## 哪些醫療資訊受到保護

我們致力於保護我們在提供健康相關服務時所收集到的您的隱私資訊。一些受保護的醫療資訊的例子：

- 表示您是 HSS ASC 的病患或您在接受 HSS ASC 治療或醫療服務的資訊；
- 關於您的健康狀況（比如您患有的疾病）的資訊；
- 關於您已經或未來可能使用的醫療保健產品或接受的服務（比如手術）的資訊；或者
- 與您健保福利相關的資訊 (例如保險是否支付處方藥)；

當資訊中包含：

- 病患特徵資訊（比如您的姓名、地址或保險狀態）；
- 用於識別您身份的唯一識別號碼（比如社會安全號碼、電話號碼或駕駛證號）；或者
- 其它可識別您身份的資訊。

## 我們如何使用和披露您的醫療資訊

**書面授權的要求。** 在使用您的醫療資訊或與 HSS ASC 以外的其他人分享您的醫療資訊之前，我們一般會先獲取您的書面授權。

**書面授權要求的例外情況。** 在某些情況下，我們在使用您的醫療資訊或與他人分享您的醫療資訊前不需要您的書面授權。項目包括：

### 1. 治療、付款和醫療保健業務

我們可能會使用您的醫療資訊或與他人分享您的醫療資訊，以便治療您的病情、獲得治療費用以及進行我們的醫療保健業務。在某些情況下，我們還可能會披露您的醫療資訊，以進行付款活動以及其他醫療保健提供者或付款人的某些醫療保健業務。

**治療。** 我們會和醫生、護士及其他在 HSS ASC 向您提供護理的保健服務提供者分享您的醫療資訊，而他們可能會使用此資訊來為您作出診斷或治療。HSS ASC 的醫生可能會和 HSS ASC 內或其他醫院的醫生分享您的醫療資訊，以判斷如何為您診斷或治療。您的醫生亦可能會與其他您被轉介接受更多醫療保健服務的醫生分享您的醫療資訊。

**付款。** 我們可能會使用您的醫療資訊或將它共享給其他人，以獲取您的醫療服務付款。例如，我們可能會與您的醫療保險公司分享關於您的資訊，以便我們在完成治療後獲得給付，或確定給付是否涵蓋您的治療。我們可能也需要向您的醫療保險公司通知關於您的健康狀況，以為您療程取得事先批准。最後一點，我們會和其他保健服務提供者及付款人分享您的資訊，以便付款作業。

**醫療保健業務。** 我們可能會使用您的醫療資訊或與他人分享您的醫療資訊，以便進行我們的醫療保健業務。例如，我們可能會使用您的醫療資訊來評估我們員工在照顧您的表現，或培訓我們的員工如何改善他們所提供的照護。最後一點，我們可能會和其他保健服務提供者及特定醫療保健業務付款人分享您的資訊，前提是該資訊與提供者或付款人與您目前或先前的關係有關，以及如果該提供者或付款人受聯邦法要求須保護您的醫療資訊隱私權。

### **預約提醒、替代療程或分派醫療相關福利或服務。**

提供療程的期間，我們可能會使用您的醫療資訊聯絡您，以提醒您在機構的療程或服務的預約時間。我們也可能會使用您的醫療資訊來推薦您可能會有興趣的替代療程，或醫療相關福利及服務。不過，針對第三方向我們提供財務披露的範疇 (以便我們能進行治療相關，或與您進行健康保健業務相關的溝通)，由於可能會用於行銷溝通用途 (如公告稍後中的說明)，我們會預先保護您的授權。

### **業務夥伴。**

我們可能會向需要這些資料的承辦商、代理商及其他業務夥伴透露您的醫療資訊，以協助我們取得付款或進行我們的醫療保健業務。例如，我們可能會與計費公司分享您的醫療資訊，幫助我們從您的保險公司取得付款。另一個例子是，我們可能會與會計師事務所或律師事務所分享您的醫療資訊，以便提供我們專業意見，了解如何改善我們的醫療服務，同時遵守法律。如果我們需要向商業夥伴披露您的醫療資訊，我們將會有書面合約，要求我們的商業夥伴保護您的醫療資訊的隱私。我們也可能允許業務夥伴對您的健康資訊進行去識別化，以利於 HSS ASC 或業務同仁，或根據「完全或部份資料去識別化」章節所述，用於建立、使用或揭露受限制的資訊。

## 2. 病患名冊及親友

我們可能會自我們的病患名冊披露使用您的健康資訊，或是與照護您相關的親友分享，不需得到您的書面授權。除非出於緊急醫療情況沒有足夠的時間，否則您將有機會反對使用和揭露您的健康資訊（在這種情況下，我們會在急救結束後盡快與您討論）。除非受到法律限制無法達成，我們都會遵照您的意願。

**病患名冊。** 如果您不表示反對，當您是 **HSS** **ASC** 的病患時，我們將在我們的病患名冊中記錄您的姓名、您在我們設施的所在位置、您的一般情況（例如：良好、穩定、嚴重等）和您的宗教信仰。這份名冊資料（除了您的宗教信仰以外），皆可能提供給以您的姓名要求資料的人。您的宗教信仰可能會提供給神職人員，如牧師或拉比，就算他們沒有以您的姓名要求這項資料。

**參與您醫療的親友。** 如果您不表示反對，我們可能會與參與您醫療或醫療付款的親友或親近朋友分享您的醫療資訊。我們也可能通知一名家庭成員、個人代理人或其他負責您醫療的人員關於您在 **HSS** **ASC** 的所在位置和一般情況。在某些情況下，我們可能需要向賑災組織分享您的資訊，以利他們協助我們通知這些人員。

## 3. 緊急情況或公共需求

為了給您進行緊急治療或滿足重要的公共需求，我們可能會使用您的醫療資訊，或將它共享給其他人。在基於這些原因使用或揭露您的醫療資訊時，我們將不需要取得您的書面授權或提供您反對的機會。不過當州法有特別規定時，我們將取得您的書面授權，或給予您反對在這些情況下使用或揭露您健康資訊的機會。

**緊急情況。** 在您需要緊急治療或者我們需要按照法定要求治療您的情況下，我們可能會使用或披露您的醫療資訊。

**根據法律要求。** 如果法律要求，我們可能使用和披露您的醫療資訊。如果法律要求通知，我們將通知您這些使用和揭露。

### **公共衛生活動。**

我們可能會向授權公共衛生官員（或與這些官員合作的外國政府機構）披露您的醫療資訊，使他們可以執行公共衛生活動。舉個例子，我們可能會將您的醫療資訊共享給負責管制疾病、損傷或身障人士的政府官員。在法律要求或允許的情況下，我們亦可將您的醫療資訊披露給暴露於傳染病或面臨感染或傳播疾病的風險的人。最後，若您的雇主聘請我們為您做健檢，或者我們發現您遭遇工傷或患有您雇主為遵循僱傭法而須知的疾病，我們可能會將部分個人醫療資訊披露給雇主。

**虐待、忽視或家庭暴力受害者。** 我們可能會將您的醫療資訊披露給有權接收虐待、忽視或家庭暴力報告的公共衛生局。舉例而言，若我們有理由相信您是虐待、忽視或家庭暴力受害者，我們可能會將您的資訊呈交給政府官員。我們會在披露此類資訊前徵求您的許可，但在某些情況下，我們可能需要或被授權在未經您的許可的情況下行事。

**衛生監督活動。** 我們可能會將您的醫療資訊透露給被授權對我們的設施進行監察、調查和檢驗的政府機構。這些政府機構監督醫療保健系統的運營以及諸如 **Medicare** 和 **Medicaid** 等的政府福利計劃，並監察對政府監管計畫和民權法的遵守情況。

**產品監控、維修和召回。** 我們可能會出於下列目的將您的醫療資訊披露給受食品和藥物管理局監管的個人或公司：(1) 報告或追蹤產品缺陷或危險產品；(2) 維修、替換或召回有缺陷或危險的產品；或者 (3) 監督獲批准供公眾使用的產品的性能。

**法律訴訟和爭端。** 若處理訴訟或其他爭議的法庭或行政法庭命令我們披露您的醫療資源，我們可能會奉命行事。

**執法。** 我們可能會出於下列原因將您的醫療資訊披露給執法官員：

- 遵守我們必須遵守的法院命令或法律；
- 協助執法官員識別或尋找嫌疑人、逃犯、見證人或失蹤人員；
- 如果您是罪案的受害者，且我們判斷：(1) 由於緊急情況或您喪失行為能力，我們無法獲得您的同意；(2) 執法官員立即需要此資訊以履行其執法職責；以及 (3) 根據我們的專業判斷，向這些官員披露符合您的最佳利益；
- 若我們懷疑您因犯罪行為而死亡；
- 如果必須要舉報於我們設施內發生的犯罪行為；或
- 如在急救場所之外的地方發現需要緊急治療，會視情況將犯罪案件報案（例如，由在犯罪現場的急救人員報案）。

**為了避免對健康或安全構成嚴重和即將發生的威脅。**

我們可能會在必要時使用或披露您的醫療資訊，以防止對您的健康或安全、或他人或公眾的健康或安全造成嚴重且急切的威脅。

在這種情況下，我們僅將您的資訊共享給能夠幫助預防此類威脅的人。如果您告訴我們您參與了可能對他人造成嚴重身體傷害的暴力犯罪（除非您在諮詢時承認這一事實），或者如果我們確定您逃脫合法羈押（例如監獄或精神病院），我們也可能向執法人員披露您的醫療資訊。

**國家安全情報活動或保護服務。**

我們可能會將您的醫療資訊披露給執行國家安全情報活動或為總統或其他重要官員提供保護服務的授權聯邦官員。

**軍人和退伍軍人。**

如果您是部隊成員，我們可能向適當的軍事指揮當局揭露有關您的健康資訊，以進行他們認為有必要完成其軍事任務的活動。我們可能還會將外國軍事人員的醫療資訊透露給相關外國軍事當局。

**囚犯和矯正署。**

若您是囚犯或被執法人員拘留，我們可能會將您的醫療資訊披露給需要為您提供醫療服務、或維護您所在的監禁場所的安全秩序的監獄官或執法官員。這包括披露為了保護其他囚犯的健康和安全或負責監督或運送囚犯的人員而所需的資訊。

**勞工賠償。** 我們可能因勞工賠償或其他與工傷相關補助的類似保障計畫披露您的醫療資訊。

**驗屍官、法醫、禮儀師。** 若您不幸死亡，我們可能會將您的醫療資訊披露給驗屍官或法醫。這可能是必要資訊，例如可用於判斷死因。我們可能會將您的醫療資訊透露給行使其職能的禮儀師。

**器官和組織捐贈。**

若您不幸死亡，我們可能會將您的醫療資訊披露給摘取或保存器官、眼睛或其他組織的單位，以便這些單位可以調查捐贈或移植是否符合適用法律。

**研究。** 大部分情況下，在使用您的醫療資訊或與他人分享您的醫療資訊之前，我們一般會先獲取您的書面授權。然而，在某些情況下，我們可能使用及披露您的健康資訊，但僅在我們透過特殊程序獲得批准以確保未經您書面授權的研究對您的隱私風險最小化。

無論任何情況，我們禁止研究人員公開您的姓名或身份。我們也可能在未獲得您的書面授權情況下，將您的醫療資訊提供給正在準備未來研究專案的人員，只要不將能識別您身份的資訊攜出我們的機構。

如您不幸離世，我們可能會與使用死者資訊研究的人士分享您的醫療資訊，前提是他們同意不會將能夠識別您的任何資訊從我們的設施中移除。

如下文「完全去識別化或部分去識別化資訊」一節所述，我方或我方業務夥伴可能會在未經您授權的情況下，建立、使用或披露您部分去識別化個人資訊的限制資料檔，用於研究目的。

**籌款。** 籌款是來自 HSS ASC 和其業務夥伴的交流，或附屬 HSS ASC 的支持組織— The Hospital for Special Surgery Fund, Inc. (下稱「基金」)，目的是為了籌集推進 HSS ASC

和其附屬機構在病患護理、研究及教育方面的使命，包括捐款呼籲或活動贊助。

我們可能會使用有關您的某些資訊進行籌款，包括人口統計資料（如您的年齡、出生日期、性別與您的住處及工作地點）、您的保險狀況、您接受我們服務的日期，以及有關您在 HSS ASC 部門接受服務、您主診醫生的身份和治療結果的資訊。我們也有可能與該基金和其他慈善基金會分享此資訊，這些基金會將代表 HSS ASC 及其附屬機構與您聯絡以籌集資金。但您有權選擇未來不再接收募款訊息，可按照募款訊息中的選擇退出說明進行操作。

**4. 完全去識別化或部分去識別化資訊**

在刪除任何用於識別您身份的資訊，即醫療資訊「完全去識別化」後，我們及我們的業務夥伴可能會使用和披露您的醫療資訊。此類去識別化資訊不再受本公告條款的約束。

我們及相關單位亦可能會出於研究、公共衛生、醫療保健業務目的，使用和披露「部分去識別化」的個人醫療資訊(亦稱「限制資料檔」)，前提是接收此資訊的人應聯邦和州法律要求簽署保護此資訊的隱私權的協議。

限制資料檔將不會包含能直接識別您身份的資訊（比如您的姓名、地址、社會安全號碼、電話、傳真、電子郵件、網站位址或牌照號碼）。

**5. 意外揭露**

儘管我們會採取合理的措施保障您的健康隱私，但在我們允許使用或揭露健康資訊的情況下，某些健康資訊可能存在不可避免的外洩的情況。例如，在療程進行期間，在診間的其他病患可能會看見或聽見您的健康資訊。

## 使用和披露您的醫療資訊皆需經過授權

如上所述，HSS

ASC

在沒有您的書面授權之下，不可以也不會基於任何理由使用或披露您的醫療資訊，除了本公告中所詳述的例外情況。

舉例而言，我們可能會出於行銷、醫療資訊出售、或心理治療記錄（如適用）目的，在取得您的書面同意後，使用或披露您的醫療資訊。此外，您可以填寫授權表格，以發起將您的記錄轉移到另一個人或組織。

您在向我們提供書面授權後，可以隨時撤銷或取消該書面授權，除非我們已依據它行事。

如果您撤銷了授權，我們將不再使用或揭露您的健康資訊，該資訊涉及您曾書面授權的範圍。

您的撤銷不會影響我們在收到撤銷通知日期之前已經進行的任何使用或揭露。

要撤銷書面授權，請寫信給

HSS

ASC，收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019.

## 您存取或控制您的醫療資訊的權限

我們希望您知悉，您有下列存取和控制您的醫療資訊的權限：

這些權限很重要，因為它們有助於您確保我們手上關於您的醫療資訊是準確的。

它們還能幫助您控制我們使用或與他人共享您的資訊的方式，或控制我們就您的醫療問題與您交流的方式。

### 1. 調查和複製記錄的權利

只要您的健康資訊保存在我們的記錄中，您就有權及時檢視並從我們這裡獲得一份副本（包括電子副本），該副本可能會被用於對您和您的治療做出決定。這包含醫療和帳單記錄。

**申請方式：** 如要調查或取得一份您醫療資訊的副本，請以書面形式向 HSS ASC 提出申請，收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019.

申請調查或取得一份您醫療資訊的副本必須包含：（1）要求的表單或使用格式；（2）一份本申請適用的醫療資訊的敘述；以及（3）適當的聯絡資訊。

**費用：** 如果您要申請資訊的副本，我們可能會根據您的要求向您額外收取影印、郵寄或其他耗材的費用。標準費用為每頁0.75美元，一般必須在我們向您轉交拷貝之前或者之時支付。

**形式和格式：** 如果您請求的資訊是以電子方式儲存，我們將根據您要求的形式和格式提供資訊。如果該資訊可以以您要求的格式方便生成，或者如果無法提供，我們將與您達成協議，選擇其他可讀的電子格式。

**回覆時間：** 我們會在十天內回覆您的紀錄調查申請。

我們一般會在三十天內回覆您的記錄複本申請。

如果我們需要額外的時間來回覆複本申請，我們會在上述期間內以書面通知您，並解釋延遲的原因以及您預計可以收到最終申請答覆的時間。

**如果您的申請遭到拒絕：** 在非常少見的情況下，我們可能會拒絕您調查或取得您資訊的副本。

如果我們拒絕您，我們可能會改為提供您該資訊的摘要。

我們同時也會提供一份書面通知解釋僅提供摘要的原因，以及一份您的權益的完整敘述以供審查該決策，以及您可以如何行使者些權益。

這份通知也會包含如何向我們或者醫療與健康服務部秘書，提出關於這些問題的投訴的相關資訊。

如果我們有理由僅拒絕您要求的部分資訊，我們將在排除我們不允許您檢查或複製的資訊後，提供對其餘部分的完整授權。

## 2. 變更記錄的權利

如果您認為我們手上關於您的醫療資訊不正確或不完整，您可以要求我們變更資訊。只要該資訊保存於我們的記錄中，您便有權申請變更。

**申請方式：**如要申請限制，請寫信至 HSS West Side ASC，收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019。修正您的健康資訊的請求必須提供修正的描述，並應該提供您認為我們應該進行修正的原因。

**回覆時間：**我們一般會在六十天內回覆您的申請。如果我們需要額外時間回覆，我們會在六十天內以書面形式通知您，並解釋延遲的原因以及您預計可以收到最終申請答覆的時間。

**如果您的請求遭到拒絕：**如果您要求修改我們已定案的健康資訊時：(1) 這些資訊並非由 HSS ASC 建立，除非健康資訊的原作者不再提供資訊以進行修改；(2) 這些資訊不是 HSS ASC 記錄的一部分；(3) 這些資訊不是您允許檢視或複製的健康資訊；或 (4) 這些資訊是準確完整的。

如果我們拒絕您申請的部分或全部要求，我們會提供一份書面通知解釋我們拒絕的原因。您將有權擁有有關您在申請中所要求變更的特定資訊。舉例來說，如果您不同意我們的決定，您將有機會提交一份解釋您不同意的聲明，而我們將會將之收錄於您的記錄中。我們也會提供您如何向我們或者醫療與健康服務部秘書，提出關於這些問題的投訴的相關資訊。這些程序會在我們寄給您的拒絕通知中以書面方式提供更詳細的說明。

## 3. 帳目揭露權利

您有權要求「帳目揭露」。該帳目列示在過去六年中，根據適用法律和本公告中的保護規定，我們向哪些其他特定人士或組織揭露過您的健康資訊。只要本通知中描述的所有其他保護措施皆有遵守，則揭露名單不會描述 HSS ASC 內部分享您健康資訊的方式（例如在將您的健康資訊與我們的醫生進行研究之前有取得所需的批准）。

帳目揭露報告也不包含與下列揭露有關的資訊：

- 我們揭露給您或您的個人代理人的資訊；
- 我們遵從您的書面授權揭露的資訊；
- 我們為治療、付款或醫療保健業務而揭露的資訊；
- 由病患名冊揭露的資訊；
- 揭露給參與您的醫療或為您支付醫療款項的親友的資訊；
- 偶然揭露是指在健康資訊的合法使用和揭露中發生的情況（例如，當資訊被路過的另一位病人無意中聽到）。



- 針對研究、公共衛生或我們的醫療保健業務目的所揭露的您的有限且無法直接辨別身份的健康資訊；
- 基於國家安全和情報活動揭露給聯邦政府人員的資訊；和
- 揭露與矯正所囚犯或執法人員相關的資訊。

**申請方式：**如要申請一份揭露帳目，請寫信至 HSS ASC，收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019。您的申請中必須註明過去六年內您希望我們揭露的確切期間。您有權利要求每隔十二個月免費收到一份帳目報告。不過，如果需要這十二個月期間內的任何額外的帳目報告，我們可能會向您收取費用。我們永遠會在任何費用產生之前，告知您任何所涉及的費用，讓您可以選擇撤回或更改您的申請。您申請帳目報告的權利可能會隨時依據聯邦法或州法進行變更。

**回覆時間：**我們一般會在六十天內回覆您的帳目申請。如果我們需要額外時間來準備您申請的帳目報告，我們會以書面形式通知您延遲的原因以及您預計可以收到帳目報告的時間。在罕見情況下，如果執法官員或政府機構要求我們這樣做，我們可能需要推遲向您提供揭露名單，而無需事先通知您。

#### 4. 要求額外隱私保護，包含限制揭露醫療計畫的權利

您有權要求我們進一步限制我們基於治療您的病症、收取該療程款項，或執行我們醫療保健業務，而使用和揭露您醫療資訊的方式。您也可以要求限制我們揭露關於參與您醫療的親友的相關資訊。例如，您可以要求我們不要揭露您所接受過手術的相關資訊。此外，針對您或您的代理人完全自費的健康護理項目或服務，您有權利對部分限制受保護的健康資訊揭露。

**申請方式：**如要申請限制，請寫信至 HSS ASC，收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019。您的申請應包含（1）您想要限制的資訊為何；（2）您想要限制我們如何使用該資訊，還是如何與他人分享該資訊，還是兩者皆是；（3）您希望應用本限制的對象。

**我們並非總是必須同意：**我們並非總是必須同意您的限制要求，在某些情況下，您要求的限制可能超出法律所允許的範圍。除非（i）揭露是為了進行支付或醫療保健業務並且不是法律另有規定，以及（ii）健康資訊僅涉及您或您的代表人已經完全自費支付的醫療保健項目或服務，否則我們不需要同意限制揭露。不過，如果我們同意您的要求，除非是為了提供您緊急治療或為符合法律規範而需要該資訊，否則我們將會遵守我們的協議。在我們同意限制後，您有權隨時撤回本限制要求。在某些情況下，我們只要提前通知您，便有權撤銷限制；在其他情況下，我們需要在撤銷限制前先徵求您的同意。

#### 5. 要求保密通訊的權利

您有權要求我們以更保密的方式與您溝通醫療事宜，請求我們以其他方式或在替代地點與您溝通。例如，您可以要求我們於在家的時間致電，而非在上班時間來電。

**申請方式：**如要請求更保密的通訊方式，請寫信至 HSS West Side ASC，收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019。我們不會詢問您申請原因，且我們會配合合理範圍內的要求。請在您的申請中註明您希望的聯絡方式和管道，以及如果我們透過這個替代方式或地點聯絡您時，您的醫療費用會使用什麼方式支付。

## 6. 被通知違反不安全醫療資訊的權利

法律要求我們保護您的醫療資訊的隱私權，向您提供這份含我們的法定義務和醫療資訊隱私權實踐的公告，並遵守本公告的條款。保護您的醫療資訊以保護資訊不受到不該存取的人取得，這是 HSS ASC 的政策。但是如果，由於某些原因我們遭遇到您的不安全醫療資訊外洩的情況時，我們會通知您該外洩事件。

### 其他雜項

#### 1. 如何使用代理人

您有權指名一位法定代理人，能夠以您的名義管理您醫療資訊的隱私權。  
除非未成年入根據法律有權代表自己，否則父母和監護人通常有權控制未成年人的健康資訊隱私權。

#### 2. 如何獲得 HIV 特殊保護、酒精和物質濫用、心理健康和基因的相關訊息

特殊的隱私保護適用於與 HIV 相關的資訊、酒精和物質濫用治療資訊、心理健康資訊和基因資訊。本公告的某些部分可能不適用這些類型的資訊。如果您的治療涉及這些資訊，您可能會收到 HSS ASC 為了揭露此類資訊而提供的特殊授權表格。如要申請這些表單的複本，請以聯絡 HSS ASC，電話號碼：(646) 495-3300。

#### 3. 如何取得本公告的副本

您有權取得本公告的紙本副本。就算您先前已同意以電子形式收到本公告，您仍然可以隨時要求一份紙本副本。欲索取複本，請致電 (646) 495-3300 與 HSS ASC 聯繫。如需獲取我們公告的複本，請造訪我們的網站 <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>，或在下次到訪時索取。

#### 4. 如何取得修訂版公告的複本

如們可能隨時變更我們的隱私權實踐。如果我們進行變更，我們將修訂本通知，以便您對我們的實踐有準確的認知，並且修訂後的通知將適用於您的所有健康資訊。我們會將任何修訂版公告張貼於我們的出入院登記處和 HSS ASC 內的其他地方。您也可以透過造訪我們的網站獲取我們公告的副本，網址為 <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>，致電至 (646) 495-3300 與 HSS ASC 聯繫，或在下次到訪時索取。本公告的生效日一律會註明於封面以及每一頁的上方外側頁角。我們必須遵守現行有效的公告條款。

#### 5. 如何提出投訴

若您認為自己的隱私權受到侵害，請向我們或衛生及公共服務部提出投訴，為此，請致函 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，致電 1-877-696-6775，或造訪 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)。如要向我們提出投訴，請聯絡 HSS ASC 的隱私長，請致電(646) 495-3300 或寫信至 HSS 相關人士。

生效日期：2024 年 5 月 1 日

West Side ASC, 收信人：Privacy Officer, 610 West 58<sup>th</sup> Street, New York, NY 10019.  
沒有人會因為您提出投訴而進行報復或採取不利於您的行動。

同意已收到隱私實踐公告

HSS West Side ASC 一直非常重視並尊重我們病患的隱私權。這不僅是我們病患所期望的，也是從事醫療保健行業的正確方式。根據法律要求，我們將保護透露您身份的醫療資訊的隱私權，並為您提供我們的隱私實踐通知複本，該公告描述了 HSS ASC、其醫療員工和附屬醫療保健提供者在為 HSS ASC 提供醫療保健服務時遵循的醫療資訊隱私權實踐。我們的公告將張貼於 HSS ASC 醒目處。您也可以透過造訪我們的網站獲取我們公告的副本，網址為 <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>，致電至 (646) 495-3300 與 HSS ASC 聯繫，或在下次到訪時索取。

根據下方簽署，我確認已獲得本通知的複本，並因此收到了 HSS ASC 如何使用和揭露關於我的健康資訊，以及我如何獲得和控制這些資訊的通知。我同意並理解，特殊的隱私保護適用於與HIV相關的資訊、酒精和物質濫用治療資訊、心理健康資訊和基因資訊。

\_\_\_\_\_  
病患副本  
\_\_\_\_\_  
病患或個人代表簽名

\_\_\_\_\_  
病患或個人代表正楷姓名

\_\_\_\_\_  
個人代表授權說明

\_\_\_\_\_  
日期

若您對此公告有任何問題或需要獲取更多資訊，請致電 (646) 495-3300 與 HSS ASC 的隱私權人員聯繫。

僅供事務處使用：如果該病患不簽署這份同意書，請於此記錄為取得這份同意已盡最大善意的努力。  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本頁是您第一次收到本公告時，被要求簽署的同意書的複本。