



# ADAMS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

*Together for a Healthier Adams County*

亚当斯县

卫生局

共创健康亚当斯县

## 隐私实务声明

您的信息。您的权利。我们的责任。

---

亚当斯县卫生局（ACHD）深知，您的健康信息属于敏感个人隐私。本声明适用于 ACHD 生成和/或留存的所有受保护健康信息（PHI）。依据《健康保险流通与责任法案》（HIPAA），本声明将说明您的健康信息可能被使用和披露的方式，以及您查看此类信息的途径。请仔细阅读本声明。

### 您的权利

您有权：

- 获取您纸质或电子健康记录的副本
- 更正您的纸质或电子健康记录
- 要求保密沟通
- 要求我们限制部分信息的分享范围
- 索取信息分享对象的名单，以了解我们向谁分享了您的信息
- 获取本《隐私实务声明》的副本
- 指定他人代为行使您的权利
- 如果您认为自己的隐私权受到侵犯，可提出投诉

### 您的选择

对于我们使用和分享您信息的方式，您可以做出以下选择。您可以要求我们：

- 允许或限制向参与您护理的家人、朋友分享信息
- 允许或限制在灾难、紧急情况下分享信息
- 允许或禁止使用您的信息推广我们的服务

## 信息的使用与披露

我们可能会出于以下目的使用和分享您的信息：

- 为您提供治疗
- 维持本机构的正常运营
- 结算您的医疗服务费用
- 协助处理公共健康与安全事务
- 遵守相关法律法规
- 配合验尸官、法医或殡仪馆工作人员开展工作
- 处理工伤赔偿，响应执法部门及其他政府部门的相关要求
- 应对诉讼及其他法律事务

## 您的权利

**您对自己的健康信息享有特定权利。**本节将详细说明您的权利，以及我们在为您提供协助方面所承担的部分责任。

### 获取您的电子版或纸质版健康记录

- 对于我们所留存的您的健康记录及其他健康相关信息，您可要求查看或获取其电子或纸质副本。
- 我们通常会在您提出请求后的 **30 天内**，提供您的健康记录信息副本或摘要。我们可能会收取基于成本的合理费用。

### 要求更正您的健康记录

- 如果您认为自己的健康记录信息有误或不完整，可要求我们更正。
- 我们可能会拒绝您的更正请求，但会在 **60 天内**以书面形式告知您拒绝的理由。

### 要求保密沟通

- 您可要求我们以特定方式联系您（如住家电话、手机、短信、电子邮件等），或让我们邮寄到其他地址。
- 我们会接受所有合理的请求。

### 要求我们限制信息的使用与分享

- 您可要求我们不要将某些健康信息用于（或分享后用于）治疗、费用结算或本机构的运营。我们没有义务必须同意您的请求，如果此类限制会影响您的医疗护理，我们可能会拒绝。

- 如果您全额自费支付某项医疗服务或医疗用品的费用，可要求我们不将此类用于费用结算或本机构运营的信息披露给您的健康保险公司。我们会同意您的不披露请求，除非法规要求我们必须披露。

### 索取信息分享对象的名单，以了解我们向谁分享了信息

- 对于您提出请求之日前六年内，我们分享您健康信息的具体时间、对象及原因，您可以索取一份记录清单。
- 该清单将包含所有信息披露事项，但不包括与治疗、费用结算、卫生部门运营相关的信息披露，以及部分其他披露事项（比如您主动要求的披露）。我们每年会免费提供一次该清单，如果您在12个月内再次索取，则需交纳基于成本的合理费用。

### 获取本《隐私实务声明》的副本

即使您已同意以电子方式接收本声明，您也可以随时索取其纸质副本，我们会及时为您提供。

### 指定他人代为行使您的权利

- 如果您已授予他人医疗授权委托书，或他人是您的法定监护人，那么，此人可代为行使您的相关权利，并就您的健康信息做出选择。
- 在采取任何相关行动前，我们会核实此人的授权资格，确保其可以合法代您行事。

### 如果您认为自己的权利受到侵犯，可提出投诉

- 如果您认为我们侵犯了您的权利，可通过本声明第 5 页的联系方式，联系 ACHD 的隐私官进行投诉。
- 您也可以通过以下方式向美国卫生与公众服务部民权办公室（HHS OCR）投诉——通信地址：200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20201；电话：1.877.696.6775；官网：[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)。
- 我们不会因您提出投诉而对您进行报复。

### 您的选择

对于特定的健康信息是否可以披露，您可以告知我们您的选择。如果您对以下场景中我们分享您健康信息的方式有明确偏好，请告知我们您的要求，我们会遵照执行。

此类情况下，您有权选择让我们：

- 允许或限制向参与您护理的家人、好友或其他人分享信息。
- 允许或限制在灾难、紧急情况下分享信息。

*如果您无法将自己的偏好告知我们，我们会基于您的最大利益做出合理判断，必要时可能会分享您的信息。为消除严重、紧迫的健康或安全威胁，必要时我们也可能会分享您的信息。*

在以下情况下，我们绝不会分享您的信息，除非您以书面方式允许我们分享：

- 营销推广
- 出售您的信息
- 分享心理治疗或药物滥用相关记录（上述允许的披露除外）

### **信息的使用与披露**

**我们通常如何使用或分享您的健康信息？**

我们通常以下列方式使用或分享您的健康信息。

#### **为您提供治疗（“治疗”）**

我们可使用您的健康信息来提醒您关注后续预约，并与您的医生、其他专业医护人员、相关机构或我们的业务合作方（需与您存在关联）分享该信息。我们也可能为了转介您使用 **ACHD** 的其他项目或服务而分享您的信息。*比如，我们的护士会向医生了解您的健康状况，或其他医护服务提供方合作，为您协调医疗服务。*

#### **卫生局运营事务**

我们可能会使用和分享您的健康信息来评估服务方式、优化您的医疗体验，并在必要时与您联系。*比如，我们会使用您的健康信息来协助管理提供给您的医疗服务。*

#### **结算您的医疗服务费用（“付款”）**

我们可能会使用和分享您的健康信息来与健康保险计划（如 Medicaid）或其他相关机构进行结算并收取费用。*比如，我们可能会将您的健康信息提交给 Medicaid，以便报销为您提供服务的费用。*

**我们还可能通过哪些方式使用或分享您的健康信息？**

在无需您书面授权的情况下，我们可按法律允许或要求的其他方式分享您的信息，这类分享通常是为了促进公共利益。为上述目的分享您的信息前，我们必须满足多项法规要求。例如：

### **协助处理公共健康与安全事务**

在部分特定情况下，我们可以分享您的健康信息，例如：

- 预防或控制疾病、伤害、残疾，包括针对食源性疾病或传染病暴发事件的公共卫生调查
- 协助开展产品召回工作
- 上报药物不良反应事件
- 上报疑似虐待、忽视或家庭暴力事件
- 预防或降低对他人健康或安全的严重威胁

### **数据共享，或参与健康信息交换（HIE）**

我们可使用或分享您的信息，以支持我们参与数据共享及健康信息交换（HIE）。例如：ACHD 加入了科罗拉多州区域卫生信息组织（CORHIO），以便与其他医疗机构共享信息、协调医疗服务。

### **遵守相关法律法规**

如果州或联邦法律有要求，我们会向州及联邦机构披露您的信息，以证明我们遵守了相关隐私法规。科罗拉多州法律规定，ACHD

工作人员需上报以下情况：已知或疑似的儿童虐待或忽视行为；对高危老年人或有智力及发育障碍的高危成年人的虐待行为或有可能即将发生的此类虐待行为；以及其他可能与犯罪行为相关的伤害（包括家庭暴力）。如果发现或怀疑存在上述虐待、忽视、伤害的情况，我们会依法披露相关信息。

### **配合验尸官、法医或殡仪馆工作人员开展工作**

如果有人离世，我们可向验尸官、法医或殡仪馆工作人员披露相关健康信息。

### **遵守工伤赔偿、执法部门及其他政府机构的相关要求**

我们可能会出于以下目的使用或披露您的健康信息：

- 工伤赔偿事宜
- 配合执法机构或法院的指令，或向执法人员、法务官员披露
- 向卫生监管机构披露，用于法律授权的相关工作
- 支持政府特殊职能工作，如军事、国家安全和应急准备服务

## 科罗拉多州参议院第 25-276 号法案（移民身份相关公民权利保护法案）

若无联邦法官或治安官签署的有效传票、命令或搜查令，ACHD

不会披露受保护的信息，也不会允许联邦移民执法人员进入 ACHD

设施的非公共区域。如果某人的信息被要求披露或已披露，在法律允许的范围内，县检察官办公室（County Attorney's

Office）会通知该信息的当事人（或其法定监护人）。如果通知当事人会干扰或妨碍调查工作，通知时间可能会延后。

## 应对诉讼及其他法律事务

我们可根据法院、行政机构的命令或传票要求，披露您的健康信息。

## 我们的责任

- 维护您的受保护健康信息的隐私与安全，是我们的法定义务。
- 如果您的受保护健康信息发生隐私泄露或安全受损事件，我们会第一时间通知您。
- 我们必须遵守本声明中列明的义务与隐私实务，并向您提供声明副本。
- 除本声明列明的情况或经您书面授权外，我们绝不会使用或披露您的信息。
- 披露受保护的健康信息时，我们仅提供实现披露目的所必需的最少量信息。
- 如果您已许可我们使用或披露您的健康信息，您也可以随时以书面形式撤销该许可。撤销许可后，我们将不再基于您此前书面授权的用途，使用或披露您的健康信息。我们无法收回已按您许可披露的信息；同时，我们需依法留存为您提供医疗服务的相关记录。

如需了解更多信息，请访问：[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)。

## 本声明的条款变更

我们可能会对本声明的条款进行修订，修订后的条款将适用于我们已留存的所有您的受保护健康信息。

如果有修订，新的声明将张贴在我们的办公场所，并发布在我们的官网上：<https://adamscountyhealthdepartment.org/notice-privacy-practices>。您可以随时索取纸质副本。

生效日期：2024 年 11 月 17 日。

## 联系方式：

Adams County Health Department

收件人：HIPAA Privacy Officer

4430 S. Adams County Pkwy.

Brighton, CO 80601

电话：303-220-9200

电子邮箱：[publichealthhipaa@adcogov.org](mailto:publichealthhipaa@adcogov.org)