



隱私做法通知

本通知說明了如何使用和披露有關您的醫療資訊，以及如何獲得此資訊。

請仔細閱讀。

如果您對此通知有任何疑問，請致電 (626) 256-4673 轉 88084 或傳送電子郵件至 PrivacyOffice@coh.org 與 City of Hope 隱私辦公室聯絡。

I. 我們對您的健康資訊的保密義務

法律要求我們對您的受保護的健康資訊（「PHI」）保密，向您提供有關您 PHI 的法律義務和隱私權作法的通知，並在您的未受保護 PHI 洩露時通知您。本通知描述了您的權利以及我們在使用和披露您的 PHI 方面的義務，並告知您有關為您的 PHI 提供特別保護的法律。

本通知概述 City of Hope 附屬承保實體 (ACE) 內醫療保健提供者的隱私慣例，該等實體是目前或將來由 City of Hope 共同擁有或控制的醫療保健設施和其他醫療保健提供者。City of Hope ACE 成員位於加州、亞利桑那州、喬治亞州和伊利諾州。City of Hope 共同擁有或控制下的任何目前或未來混合實體的醫療保健構成也含在 City of Hope ACE 中。

本通知涵蓋以下各項的所有 <https://www.cityofhope.org/locations> 列明的 City of Hope 地點的醫療保健專業人員、員工、約聘員工、學生和志願者的隱私權作法。

本通知不適用於您從不在任何 City of Hope 執業網站的診室提供服務的醫療保健專業人員獲得的護理。您的醫生或醫療保健專業人員可能有關於您的 PHI 的政策和程序，您應閱讀您的醫療保健專業人員的隱私作法通知，以獲得有關在 COH 之外如何處理您的 PHI 的資訊。上面列出的所有個人和組織在必要時彼此分享您的 PHI，以便執行治療、獲得付款或展開經營活動。

每當我們使用或披露您的 PHI 時，我們都必須遵守本通知的條款。

II. 我們如何使用和披露您的個人健康資訊 (PHI)

• 無需授權

當聯邦、州或地方法律要求時，我們將使用和披露您的 PHI。此外，我們也可能根據適用法律的授權使用或披露您的 PHI。以下類別描述了我們如何使用和披露您的 PHI。每個使用或披露類別都包括範例，但是並未列出使用或披露的每個可能範例。

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

隱私慣例通知 – NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

• 提供治療

為了為您提供治療，我們可能會使用或披露您的 PHI。例如，您的醫生使用您的 PHI 確定是否應開出特定的診斷測試、療法和藥物處方。就診期間，您的醫師可能會向您提供部分醫療記錄，例如實驗室報告或出院說明，以協助您瞭解目前的護理情況。醫生、護士、技術人員、醫學生或其他人員可能需要瞭解和/或討論您的健康問題，才能進行治療並瞭解如何評估您對治療的反應。不同的 COH 部門或網站可能分享您的 PHI，以協調您需要的不同項目，例如處方、化驗和 X 光檢查。您的 PHI 也可能會與 COH 以外的人分享，這些人可能會參與您的醫療護理以保持護理的連續性，例如，如果您被轉移到另一個機構。

• 預約提醒，測試結果，替代治療方案等。

您的 PHI 也可以用於與您聯絡（透過電話、電子郵件、病患入口網站、簡訊或信件），以提醒您有關約診的資訊，告知有關診斷結果的資訊並為您提供替代治療方案的建議。

• 與健康有關的福利和服務

您的 PHI 可以用於向您告知 COH 提供的、您可能會感興趣的與健康有關的福利和服務，包括教育講座、特別活動和支援小組。例如，COH 贊助了一些我們的病患可能感興趣的年度醫療保健活動，例如糖尿病健康展覽會、年度骨髓移植團聚和小兒野餐。

• 健康資訊交流

我們可能會參加某些健康資訊交流，根據法律規定，我們可以透過這些交流將您的健康資訊披露給其他醫療保健提供者或組織，以用於治療、付款醫療保健業務及本通知所描述的其他合法目的。健康資訊交流有助於提高病患護理品質並降低成本。有關我們的健康資訊交流安排的更多資訊，包括有關您選擇結束此類交流的能力的資訊，可聯絡您的 COH 服務網站的 COH 健康資訊管理服務 (HIMS) 代表。

• 用於付款目的

如果您有健康保險，並且我們直接向您的保險開帳單，我們將必須包括識別您身份的資訊以及您的診斷、程序和使用的用品，以便獲得所提供的治療的賠付。例如，我們可能需要向您的健康計劃提供有關您在 COH 接受的手術的資訊，以便您的健康計劃向我們付款或為您償付手術費用。我們也可能會告知您的健康計劃您要接受的治療，以獲得事先核准或確定您的計劃是否承保該治療。我們還可能將您的 PHI 披露給在付款時可能需要該資訊的其他醫療保健服務提供者或 HIPAA 涵蓋的組織。

• 展開醫療保健業務

我們將使用您的 PHI 來協助我們營運。您的 PHI 可能會被 COH 儲存以進行醫療保健營運。作為從事醫學教育和研究的學術性醫學中心，我們可能會使用您的資訊對員工和學生進行病患護理方面的教學和訓練。我們可能出於品質評估和改善目的，使用您的 PHI 來監視我們的健康服務。我們可能會使用您的 PHI 傳送病患調查，並使用這些調查中提供的回答來改善我們的營運和病患護理。我們還可能向為您提供服務的其他受 HIPAA 限制的組織披露您的 PHI，以便他們可以提高所提供的醫療保健服務的品質和有效性。我們可能會使用您的 PHI 建立去身份化的資料，該資料去掉了可識別身份的資料，不再能識別您的身份，而且不再受 HIPAA

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

隱私慣例通知 – NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

保護。我們可能會出於各種目的使用和披露去身份化的資料，包括用於開發新療法的研究目的，以及我們可能會從中獲得財務利益的目的。

• 進行籌款活動

我們可能會將有關您的有限資訊（例如您的姓名、地址、電話號碼、您獲得服務的日期以及其他有限資訊）透露給我們代表 COH 和任何 COH 機構相關基金會籌資的慈善機構。有限的披露允許與您聯絡，以籌集資金來擴大和支援我們提供的醫療保健服務、我們向社群提供的教育計劃以及我們進行的研究，以尋找威脅生命的疾病的治療方法。您有權選擇不接收此類通訊。

• 對於病患目錄

當您在 COH 住院作為住院病患、接受門診手術或進行觀察時，我們的病患目錄中會包含有關您的某些有限資訊 - 您的姓名、位置、一般狀況（例如一般、穩定等）以及您的宗教信仰。透露這些資訊是為了方便您的家人、朋友和神職人員拜訪您，並大致瞭解您的情況。在入院過程中，您將有機會選擇不將您的資訊包含在我們的病患目錄中。除非您有相反的要求，否則除您的宗教信仰外，病患目錄資訊將發佈給說出您名字的人。您的宗教信仰可能會被透露給神職人員，例如牧師或法師，即使他們沒有說出您的名字。如果您不希望我們從病患目錄中透露有關您的一般身份資訊，請在入院或在住院期間任何時間通知 COH 入院代表。

• 告知參與您的護理或支付護理費用的個人；賑災

除非您提出異議，否則我們可能會使用您的 PHI 或將其透露給您的家人、其他親戚、朋友或您確定的參與您的醫療護理或協助您支付護理費用的其他任何人。

在緊急情況下或您喪失行為能力時，我們可能會行使專業判斷，以確定向特定人員披露資訊是否符合您的最大利益。我們將僅披露我們認為與該人參與您的健康護理或您的護理付款直接相關的資訊。此外，我們可能會將您的 PHI 披露給協助救災工作的組織，以便可以向您的家人通知您的狀況、狀態和位置。

• 用於研究目的

我們可能會將您的 PHI 用於研究專案。所有涉及 PHI 的研究專案均需經過機構審查委員會（「IRB」）進行的特殊核准程序，以確保適當地瀏覽和使用您的資訊。除非 IRB 放棄了知情同意和授權，我們將在您的研究人員瀏覽您的姓名、地址或其他透露您身份的資訊之前，先征得您的書面許可（「知情同意」和「授權」）。在某些情況下，在開始研究之前或在您被選為受試者之前，可能會未經您的知情同意和授權而披露您的 PHI。這將在有限的基礎上進行，並遵守法律，並且是 COH 的研究任務的一部分。例如，我們可能會向準備新研究專案的人員披露有關您的有限醫學資訊，以協助他們尋找患有特定疾病的病患和/或評估研究思路的可行性（受試者招募和研究準備審查）。

• 商業夥伴。

我們可能與第三方簽約以為我們執行某些服務，例如計費服務、複印服務或諮詢服務。這些第三方服務提供者（稱為商業夥伴）可能需要瀏覽您的 PHI 才能為我們提供服務。合約和法律要求他們保護您的 PHI，並且僅

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

隱私慣例通知 – NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

在必要時使用和披露它以便為我們提供服務。

法律要求或允許的其他用途：

- **法律要求** - 根據聯邦、州或地方法律的要求，我們可能會披露您的 PHI。
- **公共衛生活動** - 我們可能會披露您的 PHI 用於經授權的公共衛生活動，例如預防或控制疾病、傷害或殘障；報告美國食品藥品監督管理局要求或允許的有關產品和服務的資訊；根據有關工作相關疾病和傷害或工作場所醫療監視的法律，向您的僱主報告。
- **虐待、忽視或家庭暴力的受害者** - 如果我們有理由相信您是虐待、忽視或家庭暴力的受害者，我們可以將您的 PHI 披露給法律授權的政府機構，包括被授權接收有關此類虐待、忽視或家庭暴力報告的社會服務或保護性服務機構，前提是您已同意，或者法律允許或要求此類報告，並且我們認為它們對於防止對您或他人造成嚴重傷害是必要的。
- **健康監督活動** - 我們可能會將您的 PHI 披露給負責確保遵守政府醫療計劃或 Medicaid 之類的政府健康計劃規則的健康監督機構。
- **司法和行政訴訟** - 我們可能會在司法或行政訴訟中披露您的 PHI，以回應：(a) 法院命令，(b) 由州或聯邦行政機構或許可委員會發佈的具有法律效力的命令；(c) 傳票、發現請求或其他符合適用法律的合法程序。
- **執法人員** - 我們可能會在某些有限、特定的情況下，或者按照符合適用法律的法院命令或其他法律程序，向警方或其他執法人員披露您的 PHI。
- **死者** - 我們可能將死者的 PHI 透露給驗屍官、醫學檢查者或殯儀員，以便他們履行職責。
- **器官和組織獲得** - 我們可能會將您的 PHI 透露給從事屍體器官、眼睛或組織的獲得、儲存或移植的組織，以促進捐贈和移植。
- **健康或安全** - 我們可能會使用或披露您的 PHI，以防止或減輕對個人或大眾健康或安全的嚴重和迫在眉睫的威脅。
- **特殊政府職能** - 在某些情況下，我們可能會使用您的 PHI 並將其透露給具有特殊職能的政府部門，例如美國軍方或美國國務院。如果您被執法機構拘留或在監獄中服刑，我們也可能將您的 PHI 透露給某些機構。
- **勞工賠償** - 我們可能會在遵守有關勞工賠償或其他類似計劃的州法律的授權下並在必要的限度內披露您的 PHI。
- **其他限制說明** - 請注意，即使對於本質上不被認為高度敏感的 PHI，州法律也可能對我們如何使用和披露某些類型的 PHI 施加比 HIPAA 更嚴格的要求。如果存在更嚴格的要求或限制，我們只會在更嚴格的要求允許的範圍內使用和披露您的 PHI。

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

III. 需要您的書面授權的使用和披露情形

- **在您的書面授權 (COH 授權) 下使用或披露**

出於本通知中所述目的之外的任何其他目的，我們只有在您透過書面授權進行許可時才會使用或披露您的 PHI。如果您簽署了披露資訊的授權書，除非我們已經依賴該授權書，您可以在以後取消該授權，以阻止以後使用和披露您的 PHI。如果您想撤銷事先授權，則必須以書面形式指示撤銷：健康資訊管理服務 (HIMS) 部門，地址為 City of Hope, 1500 East Duarte Rd., Duarte, CA 91010，或任何 COH 服務網站。

- **使用和披露您的高度機密資訊**

聯邦和州法律要求對有關您的某些高度敏感資訊，例如 HIV 資訊或與精神疾病或藥物或酒精濫用有關的治療資訊（「高度機密資訊」），採取特殊的隱私保護措施。我們遵守所有有關使用和披露高度機密資訊的適用州和聯邦法律。在此類法律要求的情況下，我們將獲得您的書面授權，以使用和披露此資訊，包括心理治療筆記。

- **出於行銷目的或出售資訊的使用和披露**

在聯邦和州法律規定的有限例外情況下，未先獲得您的書面授權，COH 不會使用或披露您的 PHI 進行行銷或換取報酬。

IV. 您關於個人健康資訊的權利

您對我們維護的關於您的 PHI 的使用和披露享有以下權利：

- **要求對披露/使用進行限制的權利**

您可能會要求限制我們在治療、付款和醫療保健營運中使用和披露您的 PHI。您也有權要求限制我們披露給參與您的護理或支付護理費用的人士（例如家人或朋友）的 PHI。雖然我們將為該等限制審慎考慮所有請求，但我們不必同意請求的限制，如果 PHI 僅與您全額支付自付費用的服務有關，要求限制為付款或醫療保健營運目的向健康保險計劃披露您的 PHI 除外，除非法律要求，否則不得披露。如果您希望請求其他限制，請從以下部門獲得 *PHI 使用和披露限制請求* 表格，然後填寫並提交表格給您的 COH 服務網站的 HIMS 代表。COH 將向您傳送書面答覆，同意或拒絕您的請求。

- **要求保密通訊/我們如何與您通訊的權利**您可以要求，並且我們將接受任何合理的要求，以便您透過其他通訊方式或在其他位置接收 PHI。例如，您可以要求我們僅在工作場所或透過郵件與您聯絡。您必須將請求提交到：Privacy Office, City of Hope, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010 或透過電子郵件傳送至 PrivacyOffice@coh.org。

- **關於電子郵件、簡訊和我們的病患入口網站的特別通知：**

您可能會發現透過電子郵件與 COH（包括您的治療團隊的成員）進行通訊很方便。如果您請求或與我們進行電子郵件通訊，我們可能會透過電子郵件與您聯絡，但請注意，電子郵件和標準簡訊訊息通訊未加密且不安全。透過網際網路或透過簡訊傳輸時，COH 無法保護您的 PHI 的機密性，而且在發送您的 PHI 後無法阻止將其轉寄給第三方。為了使與我們進行的溝通既方便又安全，我們建立了病患入口網站 MyCityofHope，該網站能夠使您安全地請求預約、追蹤檢測結果、與您的護理團隊溝通、線上支付帳單

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

隱私慣例通知 – NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

等。我們鼓勵您使用 MyCityofHope 而非電子郵件與我們溝通，以便我們保持此類溝通的私密性和安全性。有關如何使用 MyCityofHope 的資訊，請瀏覽 MyCityofHope 常見問答頁面：

<https://www.cityofhope.org/patients/for-patients-and-visitors/online-services/mycityofhope-faqs>，或與您的治療團隊成員聯絡。

• 瀏覽您的 COH 記錄的權利

您有權檢視或訂購您的醫療記錄檔案、帳單記錄和 COH 維護的某些其他 PHI 的副本。您必須以書面形式提出請求，或使用 COH 建立的 受保護健康資訊使用和披露授權表，以便您請求存取您的 PHI。您可以從任何 COH 服務網站或致電您的 COH 服務網站的 HIMS 代表獲得此表格。您可以透過郵件將完成的請求提交至：您的 COH 服務網站或者傳送電子郵件至 DL-HIMS_SUPPORT_ROI@COH.ORG。您還可以透過 MyCityofHope 病患入口網站請求存取您的 PHI。有關 MyCityofHope 的更多資訊，請瀏覽 MyCityofHope 常見問答頁面

<https://www.cityofhope.org/patients/for-patients-and-visitors/online-services/mycityofhope-faqs>。在法律允許的範圍內，對於所提供的副本，將向您收取合理的基於成本的費用。如果您要求我們將副本郵寄給您，我們也會向您收取郵費。

您有權要求我們將您所請求的 PHI 提供給您或您指定的其他人。如果您要求我們將您的 PHI 提供給您指定的其他人，則必須以書面形式明確指定的人，以及我們將您的 PHI 副本傳送到何處，並簽署您的請求。

在某些非常有限的情況下，我們可能會拒絕您的檢查和複製請求。如果您被拒絕瀏覽醫療資訊，則可以要求對拒絕進行覆議。

• 修改您的 COH 記錄的權利

如果您認為您的醫療記錄中的資訊不正確或不完整，則您有權以書面方式要求我們修改您的醫療記錄。您可以將簽名的請求提交給您在 COH 服務網站的 HIMS 代表。可在 City of Hope 網站或任何 COH 服務網站上獲得用於此目的的申請表。我們可能會拒絕您的請求，但如果我們這樣做，會向您提供書面解釋，您可以書面形式向我們提出上訴。如果我們拒絕您修改記錄的要求，則如果您指示我們將其歸檔，可能會將您的請求副本新增到您的記錄中。

*如果僅在加利福尼亞：*您也有權要求我們在您的記錄中新增一個附錄，對於您認為不正確或不完整的每個項目，最多可以包含 250 個字。請從任何 COH 服務網站獲得用於此目的的表格。您可以將簽名的請求提交給您在 COH 服務網站的 HIMS 代表。

• 披露會計權

您可以在您提出要求之前的任何時間內請求獲得 COH 對您的 PHI 做出的某些披露的清單（也稱為「會計」），前提是：(a) 該期限不超過六年；(b) 為治療、付款、醫療保健營運和某些其他目的進行的披露將不會包括在內。要申請會計，請從任何 COH 服務網站獲得 會計申請表，並將您的簽名請求提交。

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

隱私慣例通知 – NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

您在 12 個月內請求的第一次會計是免費的。對於其他會計，我們可能會向您收取提供會計的費用。我們將提前通知您所涉及的費用；您可以選擇在產生任何費用之前撤回您的請求。

• 獲得本通知的紙本副本的權利

根據要求，您可以獲得本通知的紙本副本，即使您之前同意以電子方式收到此通知。要獲得本通知的紙本副本，請致電 (626) 256-4673 轉 82285 與病患權益維護部聯絡。您還可以在獲得健康護理服務的 COH 網站獲得紙本副本。

• 獲得進一步資訊的權利；投訴

如果您需要有關您的隱私權的更多資訊，擔心我們侵犯了您的隱私權或不同意我們就您請求行使其中一項隱私權而做出的決定，包括存取或修改您的 PHI，您可以聯絡 COH 隱私辦公室，地址是：City of Hope，1500 East Duarte Road，Duarte，CA 91010，傳送電子郵件至 PrivacyOffice@coh.org 或致電 (626) 218-9962。您還可以向美國衛生與人類服務部部長提出書面投訴，地址為：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
電話：1-202-619-0257
免費電話：1-877-696-6775
<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

如果您向 COH 或部長提出投訴，我們將不會對您進行報復或採取行動。

V. 不歧視

您還可以向美國衛生與人類服務部民權辦公室提出民權投訴：透過民權辦公室投訴入口以電子方式提出投訴，網址為：<https://ocr.portal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或透過郵件或致電以下機構提出投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 · 800-537-7697 (TDD)

投訴表可從以下網址獲得：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

VI. 生效日期和本通知的變更

本通知生效日期為 2003 年 4 月 14 日。我們保留隨時對此通知進行變更的權利。如果我們變更此通知，則可能使新的通知條款對我們已經擁有的所有 PHI 以及我們將來可能收到的任何資訊生效。如果我們變更此通知，我們將在 COH 和我們的網站 www.cityofhope.org 上發佈新通知。此外，每次您被 COH 收為住院或門診病人接受治療或醫療保健服務時，或在其他任何時間，您都可以索取有效的最新通知的副本。

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES