



蒙哥馬利郡衛生和人類服務部  
隱私保護措施通知  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Chinese

本通知描述您的醫療與其它個人信息如何被使用或披露以及您如何能夠獲得這些信息。  
請認真仔細地閱讀本通知。

### 我們提供的服務與我們收集的信息

蒙哥馬利郡衛生和人類服務部 (DHHS) 是一個規模大、提供多種服務的機構，我們提供的服務包括身體醫療、精神醫療、戒毒和戒酒服務、兒童福利、收入支援及其它社會服務。為向您提供服務起見，DHHS 工作人員會向您詢問個人信息並將這些信息記錄在案。這些信息包括：

- 確定您個人身份的信息，如您的名字、地址、電話號碼、生日及社會安全號。
- 經濟信息，包括您的收入、銀行賬戶或其它財產，以及您所具有的任何保險。
- 受保護的醫療信息，包括幫助我們了解您過去、現在或未來身體或精神治療的信息。
- 有關您正在獲得或已獲得過的福利或服務的信息。

### 我們的職責

聯邦與州法律保護您的醫療與其它個人信息的私密性，我們會遵守所有這些法律。我們會採取合理的步驟保證您個人信息的安全，只有在工作需要以及法律允許或要求的情況下才使用 (在 DHHS 內部分享) 和披露 (與 DHHS 外的人分享) 您的個人信息。如果您的信息受到侵害並且可能會損壞您健康信息的隱私性或安全性，我們必須通知您。我們如果出於下列原因以外的任何原因而需要使用或披露您的個人信息，我們會取得您的書面同意。您有權取消給予我們的任何書面許可。如果您取消許可，這一取消不適用於我們在此之前基於您的許可已經發生過的使用和披露。

法律要求我們向您提供此《隱私保護措施通知》並遵守執行。我們有權更改本通知所涵蓋的條款，並且做出的改變適用於所有我們擁有的關於您的信息。您可以向我們索取新版通知，也可以到我們的辦公室領取或者在 DHHS 的網站 [www.montgomerycountymd.gov](http://www.montgomerycountymd.gov) 上查找。

### 在沒有您書面許可的情況下我們如何使用和披露信息

- 出於治療和服務目的

為您服務的 DHHS 工作人員在必要情況下會使用您的醫療和其它個人信息，為您提供協調的治療和服務。舉例來說：

- 如果您在從我們的診所獲得醫療，并希望申請諸如住房協助或收入支援等其它

它

服務，您的案員可以通過介紹以及分享您的資格信息而幫助您獲得這些服務。

- 如果您在獲得不止一種 DHHS 服務，您的案員們也許會互相溝通，與您一道制定一個協調而適宜的服務計劃。

如果您有接受我們提供的行為健康服務：

- 您的精神健康記錄可能會在沒有您授權的情況下與他人分享，以便為您提供治療或服務，但是我們只會與他人分享與您的治療或服務計劃相關的信息。
- 我們將您的健康和行為健康信息儲存在壹份電子健康記錄內，這樣醫務工作者就能做出更明智的治療決定並統籌規劃您的醫療保健。
- 大部分心理治療記錄只會經過您書面授權後才會與他人分享。法律將心理治療記錄定義為由精神健康專業人員創建的並且與您的健康記錄分開保存的記錄。一般來說，我們的工作人員將他們創建的所有記錄都保存在您的健康記錄內，並且不包括已經分開的心理治療記錄。
- 我們不會與他人分享關於您參與的戒酒或戒毒項目的記錄，除非：
  - 您向我們出具了書面同意書；
  - 法院命令允許透漏此信息；
  - 在醫療緊急情況下向醫療工作人員透漏此信息或為研究、審計或項目評估而向符合資格的工作人員透漏此信息；
  - 我們將向為您或我們的項目提供服務的人員分享此信息，我們與其簽有能夠保護這些信息的協議。*我們簽署的這些協議允許我們將您參與的藥物濫用輔導項目的記錄分享給為您提供健康和行為健康的DHHS工作人員。*
- 除非法律允許或法律有要求，否則在不經您的允許下，我們不會向他人分享個人虐待以及受害者援助和性侵害防治計劃內關於您的信息。

在《1974年家庭教育權利與隱私法案》（簡稱“FERPA”）的規定下，我們有些項目所保存的記錄被視為“教育記錄”。除非在緊急情況下有必要透漏此信息，否則我們不會在不經您允許的情況下將這些記錄內關於您的信息分享給提供服務的其它工作人員。

我們只會在得到您的書面同意書或在聯邦或州立法律的允許下與DHHS機構以外的人員分享您的信息，以協助治療或服務。比如說，聯邦和州法律允許為您提供醫療服務的DHHS工作人員與同時在為您提供治療的機構外醫療人員分享您的醫療信息。

DHHS選擇加入Chesapeake區域病人信息系統（簡稱“CRISP”），此系統是壹個區域性健康信息交換系統（簡稱“HIE”）。法律允許將您的健康信息分享至此信息交換系統，以便為您提供更便捷、更優質的統籌醫療服務，並幫助醫務人員和公共衛生官員做出更明智的決定。您可已選擇退出CRISP，防止他人搜索到儲存在CRISP內您的健康信息，若要退出，您可以撥打電話1-877-952-7477或者將完整填寫的《退出》表格通過郵寄、傳真或通過CRISP的網站[www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org)提交給CRISP。如果您選擇退出CRISP，您的醫務工作者仍然能夠選擇HIE作為接收之前他們可能通過傳真、郵寄或其它電子通訊方式收到的您的實驗室結果、放射科報告和其它直接傳送給他們的數據。在您決定退出後，法律規定的公共健康報告也會通過HIE進行，例如向公共衛生官員報告傳染疾病等。

- **因收費目的：**在必要的情況下，我們也許會使用或披露您的醫療或其它個人信息來為您所獲得的身體醫療和精神醫療服務收費。比如說，我們會使用您的信息就您所獲得的治療而向Medicaid或Medicare收款。
- **出於醫療/經營管理需要：**出於管理我們的項目或活動的需要，我們也許會使用或披露您的

醫療和其它個人信息。比如說，DHHS 工作人員或外來審計人員也許會查看您的案宗，審議您從我們機構獲得服務的質量。

- **出於約見或通知的需要：**我們也許需要與您或您的代理聯系，決定或向您提醒您的約見時間，請您完成手續，告知您其它您可能感興趣的相關福利或服務，或因緊急情況而需要跟您聯系。
- **與我們的工作相關人士分享：**我們與 DHHS 外的人員有協議，後者向我們提供行政和輔助服務，如財務或法律服務、數據分析、以及認證和質量保證審議等。我們稱這些人員為工作相關人士。我們也許會向我們的工作相關人士提供您的個人信息，以便後者能夠為我們提供上述服務。但是我們要求我們的工作相關人士確保您的信息的安全。
- **給予您的家人、朋友和其它照料您的人：**我們也許會向您的家人或其他照料您的人披露您的醫療信息。比如說，我們也許會與為您安排家庭照料事宜的成年子女討論您的醫療情況。如果您不希望我們與您的家人分享這些信息，您可以告訴我們。除非您給予我們書面許可，否則我們不會與您的家人分享您的精神醫療或毒品/酒精使用或戒除相關的歷史。
- **為獲得政府項目：**我們也許會披露您的醫療和其它個人信息，以便決定您是否有資格獲得其它政府福利或項目，諸如社會安全等福利。
- **因公共衛生活動的目的：**我們也許會出於公共衛生活動的需要而使用或披露您的醫療信息。比如說，如果您接觸了傳染性疾病（如性傳染病），我們也許會向州政府報告，並且採取其它行動，以防止這種疾病的傳播。
- **因衛生監督活動：**我們可能會按照法律要求將您的信息透漏給其它監督我們項目的機構，以便其開展監督活動，例如審計、檢查、調查和核發執照。
- **用於虐待或忽略兒童及成人的報告與調查：**法律要求我們必須報告任何涉嫌虐待或忽略兒童或脆弱成年人的情形，包括在兒時被虐待的已成年人士。法律規定，如果健康和心理健康工作人員認為某信息有助於保護服務的調查、風險評估或服務/安全計劃，那麼它們必須與成人和兒童保護服務分享此信息。
- **避免危害：**DHHS 在某些情況下也許會向執法部門披露您的醫療或其它個人信息。比如說，如果您傷害我們的工作人員或其他顧客，如果您損壞我們的財產，或者如果我們的專業工作人員認為您很有可能對他人或對自己造成嚴重傷害，我們將會與執法部門聯系。在遇到公共威脅的情況下，如面臨恐怖襲擊或緊急災難時，DHHS 也許會披露您的醫療和其它個人信息。
- **向驗屍官、葬禮主管、醫檢官提供或者出於捐獻器官的需要：**在與死亡相關的情形下，DHHS 也許會向驗屍官、醫檢官或葬禮主管披露您的醫療信息，在捐獻或移植器官、眼睛、或組織的情形下，我們也許還會向經授權的組織提供您的醫療信息。
- **出於研究目的：**在某些情形下，我們也許會出於醫學研究目的而使用或披露您的醫療信息。在有些情況下，我們必須具備您的書面許可才能這樣做。研究與報告不會具體指名道姓。

- **法律程序：**我們因法律要求或法庭命令而必須向法庭提供有關您的信息。我們也可能向勞工賠償申訴分享您的健康信息。
- **出於法律要求：**如果一項法律或法規要求我們披露您的醫療或其它個人信息，我們必須服從。
- **籌募資金：**我們一般不會與我們的客戶參與資金籌募活動，但是如果我們因籌募活動聯系您，您可以要求我們不要再聯系您。

## 您的權利

### 您有權：

- 獲得這份《隱私保護措施通知》。本通知還具有其它格式，您可以要求獲得。
- 要求我們在另一地點或使用不同的方式與您聯系。例如，您可以要求我們使用您的工作電話或郵政地址與您聯系，而不是使用家庭電話或郵址。
- 閱覽、審閱我們所保持的您的紀錄，獲得一個備份。*您必須書面提出這個請求*，您也許需要支付復印費。在某些情形下，我們有可能不許您審閱或復印您的記錄。如果是這種情形，我們會向您解釋這個決定的緣由。如果我們以電子的形式保存您的健康信息，您也可以索取壹份電子形式的信息。
- 要求對您的信息進行修正（改動），如果您認為我們在有關您的信息有誤或不完整。

### 您 意

*必須書面提出這個請求*。在有些情況下，我們可以不做這樣的改動。如果我們不同

改動，我們會向您解釋原因。

- 獲得您作出要求之日前 6 年我們對您的醫療信息的披露記錄（逐次羅列）。這一羅列記錄不包括因治療、收費、或醫療活動而做的披露以及您允許我們所做的披露。*您必須書面提出這個請求*。
- 要求我們不要與您的家人或者其他照料您的人分享有關您的醫療信息。
- 要求我們不因治療/服務、收費或醫療活動的目的而使用或披露您的信息。*您必須書面提出這個請求*。我們可以不同意這些請求，但是如果我們同意的話，我們必須遵從協議，除非我們因需要緊急治療您而需要披露您的信息。如果我們無法同意您的這個要求，我們會解釋原因。
- 如果您全額自行支付了一項服務或健康保健項目，那麼您可以要求我們不要向他人分享您支付的原因或我們與健康保險間的操作目的信息。除非法律要求我們分享某信息，否則我們會遵循您的要求。
- 如果我們出於市場營銷的目的出售或分享您的信息，妳有權要求我們征求您的書面同意。
- 如果您認為我們侵害了您的權利，您有權申報投訴或報告問題。我們不會因您申報了投訴而做出任何對您不利的行動。若要申報投訴或報告問題，請按照下列地址聯系我們的隱私保護官：

Privacy Officer  
Montgomery County Department of Health and Human Services  
401 Hungerford Drive  
Rockville, MD 20850  
240-777-3819 (聲音) 240-777-1398 (聾啞人專線)

如果您的投訴與您的健康信息有關，您也可以聯繫美國健康與人類服務部的民權辦公室，聯繫電話為 1-877-696-6775.

#### 如何提出一項要求

如果您對我們的隱私保護措施有任何疑問，或者如果您想提出上述任何一項請求，請和為您服務的工作人員聯繫，您也可以按照本通告最后所列的地址與我們的隱私保護官員聯繫。對於必須書寫出的請求，請使用《DHHS 顧客請求表》提出請求。您可以從任何 DHHS 辦公室或聯繫我們的隱私保護官員而獲得這個表格。

*生效日期：本通知于 2014 年 6 月 24 日起生效*