

## 客户医疗信息的 DSHS 隐私权政策通知函

DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information  
2013 年 9 月 23 日生效

DSHS 必须告知您医疗保险机动性与责任制法案 (HIPAA) 隐私权。(45 联邦条例法典 164.520)。DSHS 是一个“混合实体”。并不是所有 DSHS 均涵盖 HIPAA 内容，仅被列为 [DSHS 网站保健部分](#) 的计划涵盖 HIPAA 内容。本通知函仅适用于为拥有 HIPAA 计划的人士提供服务的客户。本通知函不会影响您获得 DSHS 服务的资格。

本通知函向您说明将如何使用和披露您的医疗信息，  
以及您可如何获取这些信息。请仔细阅读。

### 什么是 PHI?

受保护健康信息 (PHI) 系指由涵盖 HIPAA 内容的部分 DSHS 提供的客户医疗信息。PHI 是与您相关的医疗信息，且与您的健康状况或情况、获得的医疗护理或医疗护理费用等信息相关。DSHS 必须依法保护您的 PHI。

### DSHS 收集了有关我的 哪些 PHI?

为让我们服务于您，您可能需要向我们提供医疗或健康信息，包括您的住所、财务信息或医疗记录。我们也可从为您提供服务或支付您护理费用的其他资源处获得您的 PHI 信息。

### 何人可阅览我的 PHI?

我们所审阅的 PHI 数量极为有限，而且仅用于履行我们的工作职责。在法律允许或您许可之前提下，我们可能会将您的 PHI 信息透露给其它计划或其他人员。例如，您可能向医疗保健计划管理部及其他医疗护理提供者提供了 PHI 信息，并为其所用，以协调您的医疗护理并用于支付医疗护理费用。我们可以透露您过去、现在或将来的 PHI 信息。

### DSHS 透露了我的哪些 PHI 信息?

我们仅在法律允许情况下向需履行工作职责的其他人透露您的 PHI 信息。您可以索取一份列有因某些原因而查看过您 PHI 信息的人员清单。

### DSHS 何时透露 PHI?

我们根据“需知信息的基础”而透露 PHI 信息，以协调服务、治疗、费用和医疗护理业务。例如，我们可透露信息以决定：

- 是否应该提供药物治疗。
- 我们能否通过医疗保健服务提供者支付服务费用。
- 您是否有资格获得 DSHS 计划。
- 从提供者处获得的医疗服务是否符合法定标准。

### 我是否可以调阅相关本 人的 PHI 信息?

可以调阅您的 PHI 信息。若您请求调阅 PHI 信息，将收到个人 PHI 的副本。DSHS 可能向您收取副本费用。

### 我是否可以修改本人的 PHI 信息?

若您认为自己的 PHI 信息错误，可请求我们更改信息或添加新的 PHI 信息。您也可请求我们向拥有您 PHI 副本的他人发送 PHI 信息之任何变更。

### 如果有其他人员需要本 人的 PHI 信息，会怎 样?

您需签署一份授权书以允许我们透露您的 PHI 信息，如果：

- 我们需获得您之许可提供服务或护理；
- 您希望我们在非法但得到您允许之情况下，向另一个机构或服务提供者寄送您的 PHI 资料；
- 您希望将 PHI 资料寄送给另一位人士，例如您的律师、亲属或其他代表。

您签署的 PHI 信息透露许可书之有效期将持续至您在该授权书中所列的日期。我们仅可透露您所开列的 PHI 信息。您可采用书面方式向 DSHS 撤销或修改此项许可。

## 涉及客户医疗信息的 DSHS 隐私权政策通知函

2013 年 9 月 23 日生效

**DSHS 会在未经本人许可的情况下透露 PHI 信息吗？**

DSHS 可在下列情况未经您许可而透露 PHI 信息。依法情况下，要求或允许我们透露您的 PHI 信息。在下列情况中必须透露 PHI 信息：

- 向儿童保护服务处、警方或其它机构举报虐待儿童或成人或者忽视儿童或成人的事件。
- 在法庭传令下提供记录。
- 向审查 DSHS 机构运作的其它机构提交 PHI 信息。
- 向管理医疗设施（例如护养院及医院）执照颁发和检查工作的机构披露 PHI 信息。
- 向为您提供护理服务的服务提供者或其它机构披露所需的 PHI 信息，用以审定您享受服务或福利的资格。
- 将 PHI 信息披露给监护人或未成年人父母。
- 将 PHI 信息用于研究目的。
- 紧急情况下或用于赈灾时，可使用或透露 PHI 信息。

**对于本人 PHI 信息的披露以及本人获得该信息的方式，我是否可以加以限制？**

您可以请我们限制对您 PHI 信息的使用和披露，但我们不必同意您的请求。您还可以请我们采用不同方式向您寄送 PHI 信息，或者请我们将此类信息寄送至某个不同地点。

**何为违约？**

违约指未经 HIPAA 同意而使用或透露您的 PHI 信息，包括盗窃、失误或黑客袭击。若 HIPAA 违约透露您的 PHI 信息，我们将通过发送邮件通知您。

**我是否可以获得此通知函的副本？**

能。此通知函供您保存。如果您曾接获本通知函的电子版本，我们仍可依您的请求为您提供一份通知函的书面文档。

**若 PHI 隐私权政策发生变化，会怎样？**

我们必须遵守本通知函。我们有权更改本通知函。若法律或我们的隐私权政策发生变更，我们将向您发送关于新通知函的信息，并告知在何处查看新通知函或向您寄送新通知函。

**如果我对此通知函或本人的 PHI 权利有任何疑问，应该与何人联系？**

如果您对此通知函有任何疑问，可以联系 DSHS 隐私权保护官员，电子邮箱：[DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov)，电话号码：(360) 902-8278。

**如何举报侵犯本人 PHI 隐私权的情况？**

如果您认为您的 PHI 隐私权受到侵犯，可以向以下部门提出投诉：

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115, 或发送电子邮件至 [DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov](mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov)。如果您提出投诉，DSHS 将不会因此而改变或停止为您提供服务，也不可对您施以报复。

**或者**

登录网址 [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) 在线提交投诉，或写信寄至：Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 联系电话：(800) 368-1019。若向 DHHS 提出投诉，必须在侵犯隐私权情况发生之日起 180 天内提交投诉书。



DSHS 涉及保密信息的隐私权政策通知书

2013 年 9 月 23 日生效

**确认声明**

**Acknowledgement**

(DSHS 提供直接医疗护理治疗时需要此确认声明)

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| 个案当事人姓名  |  | 客户出生日期                  |
| 本人已收到 DSHS 隐私权通知函副本，并有机会询问 DSHS 将如何使用及透露我的个人健康信息。  |  |                         |
| 客户或个人代表签名  |  | 日期                      |
| <b>FOR DSHS USE ONLY</b>   |  |                         |
| <b>To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.</b>      |  |                         |
| Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP): |  |                         |
| Describe reason why acknowledgement was not obtained:  |  |                         |
| STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)   |  | ADMINISTRATION/DIVISION |
| STAFF'S SIGNATURE  |  | DATE                    |