隐私方法通知

您的信息
您的权利
您的责任

本通知描述如何使用和披露您的医疗信息以及您如何获取此类信息。请仔细查看。

您的权利	**您有权:** • 获取纸质或电子医疗记录副本。 • 纠正您的纸质或电子医疗记录中的错误。 • 要求保密通信。 • 要求我们限制我们分享的信息。 • 获取我们与之分享您的信息的人员或机构名单。 • 获取本隐私通知副本。 • 选择某人代表您行事。 • 如果您认为您的隐私权受到侵犯，提出投诉。	➤ *有关这些权利以及如何行使这些权利的更多信息，请参阅第 2 页和第 3 页。*
您的选择	**在以下情况下，您对我们使用和分享信息的方式有一些选择：** • 确定我们是否可以将您的病情告诉您的家人和朋友。 • 提供救灾服务。 • 提供精神健康护理。 • 营销我们的服务，并出售您的信息。 • 筹集资金。	➤ *有关这些选择以及如何行使这些权利的更多信息，请参阅第 4 页。*
我们的使用和披露	**我们在以下情况下可能使用和分享您的信息：** • 为您治疗和管理我们的组织。 • 为您的服务收费。 • 帮助解决公共健康和安全问题。 • 从事研究。 • 遵守法律、提出诉讼和采取法律行动。 • 对器官和组织捐赠请求作出回应。 • 与法医或丧葬承办人合作。 • 对工伤赔偿、执法和其他政府要求作出回应。	➤ *请参阅第 5 页中的更多信息。*

您的权利

当涉及您的健康信息时，您享有某些权利。
本节解释您的权利以及我们为您提供帮助的一些责任。

隐私方法通知中的“我们”一词指 Advocates 和以下个人：

- 任何有权将信息输入您的图表的医疗保健专业人员。
- 作为 Advocates 工作人员的任何医疗保健提供者。
- 所有 Advocates 工作人员，包括员工、工作人员、志愿者和其他保健中心人员。

获取您的医疗记录的电子或纸质副本	• 您可以要求查看或获取您的医疗记录以及我们掌握的有关您的其他健康信息的电子或纸质副本。请询问我们如何这样做。 • 我们通常会在您提出请求后 30 天内提供您的健康信息副本或摘要。我们可能会收取合理的成本费。
要求我们更正您的医疗记录	• 您可以要求我们更正您认为不正确或不完整的有关您的信息。请使用第 10 页中的信息与我们联系，询问如何这样做。 • 我们可能会拒绝您的请求，但我们会在 60 天内以书面形式告诉您原因。
要求保密通信	• 您可以要求我们以特定方式与您联系（例如家中或办公室电话）或将邮件寄至其他地址。 • 我们将同意所有合理的请求。
要求我们限制我们使用或分享的内容	• 您可以要求我们不要使用或分享某些用于治疗、付款或我们的运营的健康信息。我们无需必须同意您的请求，如果这会影响您的护理，我们可能会拒绝。 • 如果您全额自费购买服务或医疗保健物品，您可以要求我们不要因付款或我们的运营目的与您的医疗保险公司分享此类信息。除非法律要求我们分享此类信息，否则我们会同意。

获取我们与之分享您的信息的人员或机构名单	• 您可以要求提供一份名单，列出您询问日期前六年内我们分享您的健康信息的时间、我们与谁分享及其原因。 • 我们将包括除有关治疗、付款和医疗保健运营披露以及某些其他披露（例如您要求我们作出的披露）之外的所有披露。我们将每年免费提供一次此类服务，但如果您在 12 个月内再次要求披露，我们将收取合理的成本费。
获取本隐私通知副本	• 即使您已同意以电子方式接收通知，您也可以随时索取本通知的纸质副本。我们将立即向您提供纸质副本。
选择某人代表您行事	• 如果您已向某人授予医疗授权书或者某人是您的法定监护人，则该人士可以行使您的权利，并对您的健康信息作出选择。 • 在我们采取任何行动之前，我们将确保该人士拥有此权限，并且可以代表您行事。
如果您认为您的隐私权受到侵犯，提出投诉	• 如果您认为我们侵犯了您的权利，您可以向以下人士提出投诉： **Advocates Chief Compliance Officer** **1881 Worcester Road** **Framingham, MA 01701** 您可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉，方法是写信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，致电 1-877-696-6775，或访问网站 **www.hhs.gov/ocr/ privacy/hipaa/complaints/** • 我们不会因您提出投诉而进行报复。

您的选择

对于某些健康信息，您可以告诉我们您对我们分享的内容的选择。

如果您对我们在下列情况下如何分享您的信息有明确的偏好，请与我们联系。告诉我们您希望我们做什么，我们将遵循您的指示。

在这些情况下，您有权利并可以选择告诉我们：	• 与您的家人、好友或参与您护理的其他人分享信息。 • 在救灾情况下分享信息。 *如果您无法告诉我们您的偏好，例如在您失去知觉时，如果我们认为这符合您的最佳利益，我们可能会分享您的信息。 我们还可能在必要时分享您的信息，以便减轻对健康或安全的严重和迫在眉睫的威胁。*
在以下情况下，除非您给予我们书面许可，否则我们*绝不会*分享您的信息：	• 营销目的 • 出售您的信息 • 大多数心理治疗笔记的分享
在筹款时：	• 我们可能会就筹款活动与您联系，但您可以告诉我们不要再与您联系。

我们的使用和披露

我们通常如何使用或分享您的健康信息？
我们通常通过以下方式使用或分享您的健康信息。

为您治疗	我们可以使用您的健康信息并与为您治疗的其他专业人员分享。	***例如：****治疗您受伤的医生向另一位医生询问您的整体健康状况。*
运营我们的组织	我们可能使用和分享您的健康信息运营我们的组织、改善您的护理，并在必要时与您联系。	***例如：****我们使用您的健康信息管理您的治疗和服务。*
为您的服务收费	我们可能使用和分享您的健康信息向保健计划或其他实体开具账单并收款。	***例如：****我们向您的医疗保险计划提供有关您的信息，以便其支付您的服务费。* *作为对您的保险公司审计请求的回应，我们可能披露您的完整记录，包括进展状况记录。*
与您联系	我们可能使用您的健康信息与您联系，提供有关治疗和后续护理说明的信息或有关我们提供的服务信息。	***例如：****我们可能就已安排或取消的预约、登记或保险更新、账单或付款事宜、手术前评估、满意度调查或测试结果等与您联系。*

我们还可以用哪些其他方法使用或分享您的健康信息？

我们可以或必须以其他方式分享您的信息 — 通常以有助于公共利益的方式，例如公共卫生和研究。 我们必须符合法律规定的多种条件，然后才能因这些目的分享您的信息。如需了解更多信息，请查阅网站：
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

帮助解决公共健康和安全问题	我们可以在某些情况下分享您的健康信息，例如： • 预防疾病 • 帮助产品召回 • 报告药物不良反应 • 举报可疑的虐待、忽视或家暴 • 预防或减少对任何人的健康或安全的严重威胁
从事研究	我们可以使用或分享您的信息进行健康研究。在大多数情况下，有关您的信息在分享前已删除可识别个人身份的信息；如果不可能，只有在获得您的知情同意的情况下才会分享此类信息。
遵守法律	如果州或联邦法律要求，我们将分享您的信息，包括与卫生与公众服务部（如果该部门希望查看我们是否遵守联邦隐私法）分享您的信息。
对器官和组织捐赠请求作出回应	我们可以与器官采集组织分享您的健康信息。
与法医或丧葬承办人合作	当某人死亡时，我们可以与验尸官、法医或丧葬承办人分享健康信息。

对工伤赔偿、执法和其他政府要求作出回应	我们可以因以下目的使用或分享您的健康信息： • 提出工伤赔偿索赔 • 因执法目的或与执法官员合作 • 与卫生监督机构合作开展法律授权的活动 • 因特殊政府职能，例如军事、国家安全和总统保护服务
对诉讼和法律行动作出回应	我们可以根据法院或行政命令或传票分享您的健康信息（除非适用更严格的阻止此类披露的国家标准）。

在我们分享有关您的某些敏感信息前，**我们通常会征得您的书面同意或获得法官命令**，例如：

- 酒精和物质使用记录。请注意，联邦法律和法规保护物质使用障碍患者记录的机密性。请参阅本通知随附的“关于物质使用障碍记录额外保护措施的通知”。
- 艾滋病（AIDS）、艾滋病相关综合症（ARC）或艾滋病毒（HIV）相关信息，包括但不限于状况或检测结果，无论检测结果是阳性还是阴性
- 性传播疾病
- 基因检测结果
- 同意堕胎
- 家暴或性侵受害者咨询
- 某些心理治疗文件
- 与精神健康服务提供者和社会工作者的沟通

我们的责任

- 法律要求我们保持您受保护健康信息的隐私和安全。
- 如果发生可能危及您的信息隐私或安全的违规行为，我们将立即通知您。
- 我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私方法，并向您提供一份副本。
- 除非您以书面形式告诉我们可以使用或分享您的信息，否则我们不会按照此处未描述的方式使用或分享您的信息。如果您告诉我们可以这样做，您可以随时改变主意。如果您改变主意，请以书面形式通知我们。

如需了解更多信息，请查阅网站：
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

我们会将您的信息保留多长时间？
我们用纸质、电子或照片形式记录健康信息，并在患者出院或最终治疗后保存 20 年。其他记录按照州和联邦法律或法规保存。可应您的请求，提供一份我们的医疗记录保存指南。

本通知条款的变更
我们可以更改本通知条款，并且更改将适用于我们掌握的有关您的所有信息。可应您的请求，在我们的办公室和我们的网站上提供新通知。

投诉
如果您认为您的隐私权受到侵犯，您可以向我们或美国卫生与公众服务部部长提出投诉。如需向我们提出投诉，请联系我们的首席投诉官，地址：1881 Worcester Road, Framingham, MA 01701，或发电子邮件至 **CCO@Advocates.org**。所有的投诉必须以书面形式提交。如果您请求此类帮助，我们的隐私官将协助您撰写投诉，电话号码 877 296-5432。我们不会因您提出投诉而进行报复。

联系我们

如果您对本隐私方法通知有疑问，请联系：

Advocates Chief Compliance Officer
电话：877-296-5432
电邮：**CCO@Advocates.org**

如需索取医疗记录，请联系：

Records Center
1881 Worcester Road
Framingham, MA 01701
电话：508-628-6300
电邮：**RecordsCenter@Advocates.org**

*本通知最初生效日期为 **2024** 年 **2** 月 **21** 日，*
*最后一次修订日期为 **2026** 年 **2** 月 **16** 日。*

关于药物使用障碍记录额外保护措施的通知

我们的《健康保险流通与责任法案隐私方法通知》（简称“HIPAA NPP”）适用于我们所有的客户。如果您在我们指定的药物使用障碍项目（简称“Part 2 项目”）中接受治疗、诊断或治疗转诊，则您在此类项目中的记录（简称“Part 2 记录”）的保密性将受到以下联邦法律和法规的额外保护：《美国法典》第 42 篇第 290dd-2 款、《美国法典》第 42 篇第 290ee-3 款和《联邦法规》第 42 篇 Part 2（简称“Part 2”）。

本通知是对 HIPAA NPP 的补充，具体阐述了以下内容：

I. 您的 Part 2 记录可能如何使用和披露；
II. 您对 Part 2 记录享有的权利；以及
III. 如何针对侵犯您的 Part 2 记录的隐私或安全或侵犯您的 Part 2 记录权利的行为提出投诉。

您有权获取本通知的（纸质或电子版）副本；如有任何疑问，可致电 877-296-5432 或发电子邮件至 **CCO@Advocates.org**，与 Advocates 的首席合规官讨论。

I. 使用和披露

我们的 Part 2 项目仅可在本节所述情况下，或在获得您书面同意的情况下，使用和披露您的 Part 2 记录。

(A) 无需同意即可使用和披露 Part 2 记录的情形

- 与 Part 2 项目内部因履行职责（涉及诊断、治疗或治疗转诊）而需要该信息的其他工作人员，或对 Part 2 项目拥有直接行政管理权的人员/部门进行沟通。
- 向为我们提供服务或代表我们提供服务的合格服务机构披露。
- 如果您在我们的设施内或针对我们的工作人员实施犯罪或威胁实施犯罪，向执法机构或官员披露。
- 依据州法报告涉嫌虐待和忽视儿童的情况。
- 在某些医疗紧急情况下，向医务人员披露。
- 在满足特定条件的情况下，用于研究目的。
- 向因管理、财务审计或项目评估目的的合格人员提供，且这些人员以书面形式同意遵守有关使用和重新披露的限制规定。
- 向公共卫生主管部门提供，前提是相关信息已以适当的方式去除可识别个人身份的信息。

(B) 须经同意方可进行的许可使用和披露

- 用于治疗、付款和医疗保健运营目的。
- 为了确保您获得最高水平的协调护理，我们的 Part 2 项目将要求您签署一份统一的书面同意书，涵盖未来所有因治疗、付款和医疗保健运营目的而使用或披露您的信息的情形。如果您不签署该同意书，我们可能无法为您提供治疗服务。该同意书将持续有效，直至您以书面形式撤销为止。
  [您也可以针对更有限的目的提供同意（例如，仅因您的治疗目的向另一家医疗保健提供者披露信息）；然而，这样做可能会影响我们能为您提供的服务或您支付服务费用的方式。]

- 根据您为治疗、付款和医疗保健运营目的签署的书面同意书，向我们或另一个 Part 2 项目、受规管实体或业务伙伴披露的记录，可在 HIPAA 法规许可的范围内，由我们或该 Part 2 项目、受规管实体或业务伙伴进行进一步披露，而无需您再次提供书面同意。
- 我们的 Part 2 项目仅在事先为您提供清晰和明确的机会，允许您选择不接收筹款相关通讯的情况下，方可使用或披露记录进行旨在对该 Part 2 项目有益的筹款活动。
- 我们的 Part 2 项目仅在获得您书面同意的情况下，方可进行本通知未述及的使用和披露。

(C) 撤销或收回同意的权利

您可以随时撤销或收回您的书面同意，方法是向 HIPAA NPP 末尾处所列的地址发送书面撤销请求，或向 Part 2 项目提交书面请求。此后，我们将不再使用或披露您的 Part 2 记录，除非我们已基于您的同意采取了相应行动。

如果您是经由刑事司法系统（包括戒毒法庭、缓刑或假释）被强制要求接受治疗，并且您签署了同意书，授权向刑事司法系统的相关方（如法院、缓刑官、假释官、检察官或其他执法人员）披露信息，您撤销该同意的权利可能会受到更多限制；相关限制应在您签署的同意书中明确说明。

(D) 在法律程序和法院命令中的使用或披露

在因调查和法律程序目的使用或分享您的信息之前，我们必须遵循特定程序。

- 未经您的书面同意或法院命令，我们不会在针对您的任何民事、行政、刑事或立法程序中使用或分享您的信息，也不会就您的信息提供证词。
- 仅当法院命令附带传票或其他要求我们遵守的类似法律指令时，我们才会依照法院命令使用或分享您的健康信息。
- 仅在收到通知并获得陈述意见的机会，或者您告诉我们您已收到通知之后，我们才会依据法院命令，在针对您的法律程序中使用或分享您的信息。
- 我们可能会依据法院命令使用或分享您的信息，对针对我们项目的法律程序作出回应；在此种情况下，您可能不会收到事先通知。在获悉法院命令后，您有权要求撤销或变更该命令。

II. 您对 Part 2 记录享有的权利

作为我们 Part 2 项目的客户，您享有 HIPAA NPP 中所列的所有权利，包括要求限制因治疗、付款和医疗保健运营目的（且已事先获得您的同意）而进行的信息披露的权利。

您还有权获取一份清单，列出过去三年内经您同意以电子方式进行的 Part 2 记录披露情况；该清单包括通过电子健康记录因治疗、付款和医疗保健运营目的作出的披露。

III. 提出投诉

如需了解有关提出投诉的更多信息，请参阅 HIPAA NPP。

本通知的生效日期为 2026 年 2 月 16 日。

隐私方法通知确认

我在下方的签名表示，我*（被送达人姓名）*_____

确认已经收到一份*（组织名称）*_____

目前生效的隐私方法通知。我已经阅读并理解本通知的条款，并且我有机会提出有关我的健康信息的使用或披露问题。

_____

被送达人/个人代表（如适用）签名

_____

日期

_____

用大写字母填写个人代表姓名

_____

与被送达人的关系

仅限办公室使用

隐私方法通知在 _____ *（日期）***用下列方法送达：**

☐ 亲自会面
☐ 邮寄
☐ 电子邮件
☐ 其他：_____

无法获得书面同意和确认，因为：

☐ 被送达人/法定代表拒绝签名
☐ 电子邮件收讫确认
☐ 其他：_____

工作人员姓名和职称：_____

工作人员签名：_____

日期：_____

****

记录中的文件格式