

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

HIPAA 隐私政策通知 收件确认书

本人在下方签署，即确认本人已收到《隐私惯例通知》的副本（如有本人首选语言的版本，则为该版本），并据此获悉：关于本人的健康信息（以及——如适用——关于本人在入住 Maimonides Medical Center 期间所分娩的任何婴儿的健康信息），将如何被 Maimonides Health 及本通知开头所列的各机构使用与披露；以及本人将如何获取并管控此类信息。我也确认并了解，我可以另外索取有关艾滋病毒（HIV）相关信息及心理健康信息的特别隐私政策说明书副本。

Signature of Patient or Personal Representative
患者或代理人签名

Print Name of Patient or Personal Representative
患者或代理人姓名（正楷填写）

_____/_____/_____
Date
日期

Description of Personal Representative's Authority
代理人权限描述

Patient or Personal Representative given a copy in Traditional Chinese
患者或代理人已收到简体中文版的副本

Translated "Notice of Privacy Practices" given to Patient or Personal Representative by: _____

(For internal use or where signature above cannot be obtained)

Except in emergency treatment circumstances, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we make a good faith effort to obtain written acknowledgment of the patient's receipt of the Notice of Privacy Practices on the first date after April 14, 2003 we provide treatment, products or services to the patient (including at the time of admission, at a first visit to a hospital department, or any other first service contact with the patient). We must make a good faith effort to obtain written acknowledgment when reasonably practicable following an emergency treatment situation. If such acknowledgment cannot be obtained, we must document our good faith efforts to obtain the acknowledgment and why it was not obtained. Describe good faith efforts to obtain written acknowledgment (include your name and the date):

1. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign
Name: _____ Date: _____
2. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign
Name: _____ Date: _____
3. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign
Name: _____ Date: _____

THE ORIGINAL OF THIS FORM MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD

隐私政策通知

本通知说明了有关您的医疗信息将如何被使用和披露，以及您如何能够查阅此信息。请仔细审阅。

法律规定，本院须保护您的医疗信息，并向您提供本通知的副本。如果您对本通知有任何疑问，或希望进一步了解信息，请联系本院隐私官员在患者关系部的指定代表，电话：718-283-7212。

哪些人要遵守本通知？

本通知将介绍Maimonides Health 医院、其医护人员，以及与本医院联合提供医疗服务的联营医疗提供者所遵循的健康信息隐私政策。要遵守本通知中所述的隐私政策的人员包括：

- (1) 在本院任何场所（包括本院门诊服务网络（Ambulatory Health Services Network））；
- (2) 在本院任何场所工作的员工、学生、实习生或义工；
- (3) MMC Pharmacy, Inc. 的任何员工、医疗人员、实习生、学生或志愿者；以及
- (4) Maimonides Health, MMC Pharmacy, Inc. 的任何业务伙伴。请注意，对于您在其诊所提供的、与护理相关的健康信息，您的私人医师在使用和披露方面可能采取不同的隐私政策。

哪些健康信息受到保护

对于本院在提供医疗相关服务期间所收集到的、关于您的信息，本院致力于保护其隐私。受保护健康信息的部分范例包括：

- 表明您是 Maimonides Health 患者、或正从本院接受治疗或其他医疗相关服务的有关信息；
- 有关您健康状况的信息（例如您可能患有的某种疾病）；
- 您已获得或今后可能获得的医疗产品或服务（如手术）的有关信息；或者
- 您依据某个保险方案可享受的医疗福利的有关信息（如某个处方是否在承保范围之内）；

当上述信息与以下信息结合时：

- 人口统计学信息（如您的姓名、地址或保险状况）；
- 可能标识您身份的特有号码（如您的社保号码、您的电话号码，或您的驾驶执照号码）；
- 可能标识您身份的其他种类的信息。

物质使用障碍（SUBSTANCE USE DISORDER, SUD）记录特别规则：根据《美国联邦法规》（Code of Federal Regulations, CFR）第 42 编第 2 部分，SUD 信息享有额外保护。

在未经您书面授权之情况下，我们会如何使用及披露您的健康信息

我们在下面详细阐述：在未经您书面授权之情况下，我们会如何使用及披露您的健康信息。

治疗、收款和业务运营

1. **治疗。** Maimonides Health 及其附属医疗机构可能会与参与您护理的本院医生、护士、工作人员或其他医疗提供者共享您的健康信息，并且，上述人员可能进而使用该信息为您诊断或治疗。本院医生可能会与本院内另一位医生、或其他医院的医生共享您的健康信息，以断定如何为您诊断或治疗。您的医生可能会与将为您提供进一步医疗护理的转诊医生共享您的健康信息。本院不同部门及医疗从业者可能共享您的健康信息，以便提供和协调各种服务，如开方、化验和 X 光透视等。在参与进修教育培训、实习以及住院医师训练项目期间，本院教职员工、学生、义工和受训者将能够出于培训及治疗目的查阅您的健康信息。我们还可能将您的健康信息披露给 Medical Center 之外可能在您离开 Medical Center 之后参与您的护理的人员，例如：提供随访护理的医师、理疗机构、医疗器械供货商、家庭护理机构、疗养院、技术性护理中心等。

SUD 记录：如果您的信息受 42 CFR 第 2 部分保护，未经您书面同意，我们不会将其用于治疗目的而进行披露，除非符合第 2 部分规定的例外情形（例如：医疗紧急情况、特定法院命令、报告在项目场所内发生的犯罪或针对项目工作人员的犯罪）。

2. **收款。** 本院可能会使用或与他人共享您的健康信息，以便我们能对您的医疗服务收款。例如，本院可能会与您的医疗保险公司共享您的有关信息，以便在我们为您治疗后获取报酬，或判断该保险公司是否承保您的治疗服务。本院可能会与其他提供者或支付者（比如救护车公司）共享您的有关信息，以用于他们的付款活动。

SUD 例外：除非存在法规规定的例外情形，否则我们需获得您的书面同意，才能披露 SUD 治疗信息用于费用支付。

3. **业务运营。** 为便于本院的业务运营，我们可能使用或与他人共享您的健康信息。这些运营活动包括，内部管理、规划，以及旨在改善您获得的护理质量及成本效益的各类活动，例如：业绩改善、利用率评审、内部审核、资格鉴定、认证、发放许可、教育培训及颁发文凭等。例如，我们可能会借助您的健康信息进行患者满意度调查，评估本院员工对您的护理情况，或指导本院员工如何改善为您提供的服务。本院可能会向我们的患者代表或其他工作人员披露您的健康信息，以便于解决您的任何投诉，并确保您在光临本院时能拥有愉快的经历。最后，如果该信息关系到上述提供者或支付者目前或以往与您的某种关系，并且，如果该提供者或支付者依据联邦法律之规定须保护您健康信息的隐私，本院可能会针对其他医疗提供者或支付者的某些运营活动，与他们共享您的健康信息。

SUD 例外： 涉及 SUD 信息的操作通常仍需获得您的书面同意。

注意： 在以下情况下使用和披露 SUD 治疗信息可能需要根据 42 CFR 第 2 部分获得您的书面同意。

1. **预约提醒、备选治疗方案、医疗补贴及服务。**在为您提供治疗的过程中，本院可能会使用您的健康信息与您联络，以提醒您有关治疗或服务预约。本院还可能使用您的健康信息来推荐可能的备选治疗方案、或可能涉及您利益的医疗保健类福利及服务。
2. **募集资金。**为资助本院的业务运营，我们可能会使用您的人口统计学信息，包括您的年龄、性别，您的家庭住址和工作地点、以及您接受治疗的日期、治疗您的服务部门、您的主治医生、治疗结果信息和医疗保险状态等，以便针对募集本院运营资金事宜与您联络。本院可能会与一家基金会共享此信息，并由该基金会代表本院就集资事宜与您联络。如果您不希望本院就集资举措与您联络，您可以拨打 718-283-3600 联络发展办公室（Development Office）。
3. **业务伙伴。**如果承包商、代理商及其他业务伙伴需要借助您的健康信息来协助本院提供治疗、收款或执行本院业务运营，本院可能会与其共享此信息。例如，本院可能会与帮助我们向您的保险公司收款的帐务结算公司共享您的健康信息。本院可能会与协助我们复制病历的医疗记录复制服务公司共享您的健康信息。如果本院确需向某个业务伙伴披露您的健康信息，本院将签订一份书面合约，要求我们的业务伙伴也保护您健康信息的隐私。
4. **患者名录。**在您作为本院患者或处于本院任何医疗设施期间，如果您不反对，我们将在本院的“患者名录”中收录您的姓名、您在本院的位置、您的整体状况（例如，良好、稳定、危重等）、以及您的宗教信仰。除您的宗教信仰之外，上述名录信息可能会提供给点名要找您的相关方。您的宗教信仰情况可能会被提供给神职人员，如牧师或拉比，即使他们不是点名找您。。
5. **救灾机构。**我们可能将您的健康信息披露给红十字会等救灾机构，以协助您的亲友在发生灾难时找到或了解您的大概情况。
6. **参与您护理的亲友。**如果您不反对，本院可能会与参与您护理或为护理付款的家人、亲属或亲密的朋友共享您的健康信息。如果您在治疗期间或讨论治疗时将您的配偶带进检查室或医院，本院可以假设您同意我们将您的健康信息披露给您的配偶。此外，本院还可能将您在本院的所在位置、整体状况，或者您的不幸辞世通知给您的家人、私人代表或负责您护理的其他人。在某些情况下，本院可能需要与帮助我们通知上述人员的减灾机构共享您的有关信息。

7. 公共需要

本院可能使用或与他人共享您的健康信息，以遵守有关法律并满足如下所述之重要公共需要。

法律规定。如果法律有相关规定，本院可能会使用或披露您的健康信息。如果法律规定须对使用或披露情况进行通知，本院会将有关情况通知您。

公共卫生活动。本院可能会将您的健康信息披露给经授权的公共卫生官员（或与此类官员合作的外国政府机构），以便于他们开展公共卫生活动。例如，本院可能会与负责疾病、创伤或残障控制的政府官员共享您的健康信息。

虐待、忽视或家庭暴力的受害者。 本院可能会向经授权且可接收有关虐待、忽视或家庭暴力之报告的公共卫生机关公布您的健康信息。例如，如果本院有理由认为您是上述虐待、忽视或家庭暴力的受害者，本院可能会将您的有关信息报告给政府官员。在公布此信息之前，本院将尽一切努力取得您的许可，但在某些情况下，本院可能需要或经授权在未经您许可情况下采取行动。

医疗监督活动。 本院可能会将您的健康信息披露给经授权对本院设施进行审核、调查巡视和核发许可的政府机构。这些政府机构负责监督医疗体系、Medicare 和 Medicaid 等政府福利计划的运作，以及对政府监管性计划和民权法律的遵守情况。

产品监控、维护和召回。 本院可能出于报告产品缺陷之目的，将您的健康信息披露给受食品与药物管理局（Food and Drug Administration）管辖的个人或公司。

诉讼及纠纷。 如果本院接到正在受理某件诉讼或其他纠纷的法院或行政法庭的指令，本院可能会披露您的健康信息。

国家安全、情报活动或保护性服务。 本院可能将您的健康信息披露给经授权开展国家安全及情报活动、或为总统或其他要员提供保护性服务的联邦官员。

现役和退伍军人。 如果您在武装部队服役，本院可能会向相应的军事指挥当局披露您的健康信息，以进行他们认为执行军事任务所必需的活动。本院还可能向相应的外国军事机关公布外籍军事人员的健康信息。

在押犯和惩治机构。 如果您是在押犯或被执法官员拘留，为了对您提供医疗护理，或者为了维持您所在羁押场所的安全及良好秩序，在有必要时，本院可能将您的健康信息披露给监狱看守官员或执法官员。其中包括进行共享有必要公开的信息，以保护其他在押犯，或保护参与看守或运送在押犯之人员的健康与安全。

工人赔偿。 本院可能会针对工人赔偿、或提供工伤补贴等类似计划披露您的健康信息。

法医、验尸官和丧葬承办者。 本院可能会将您的健康信息披露给法医或验尸官。在某些情况下，如判断死因时，这可能是必需的信息。如有必要，本院也可能会将这些信息发布给葬礼承办人，以协助他们履行他们的职责。

器官及组织捐献。 本院可能将您的健康信息披露给器官、眼球或其他组织的获取或储存机构。

研究。 本院可能在未经您书面授权之条件下使用或披露您的健康信息，前提是：本院通过某一特殊程序获得批准，并能确保未经您书面授权的研究项目将对您的隐私构成最低限度的风险。但是在任何情况下，本院均不会允许研究人员公开使用您的姓名及身份。本院还可能在未经您书面许可之条件下，将您的健康信息公布给未来研究项目的筹备者，只要任何具有您身份标识的信息不离开本院设施。本院可能会与使用死亡者信息的研究者共享您的健康信息，只要他们同意不将任何能够识别您身份的信息带离本院设施。

避免对健康或安全的严重和急迫威胁。为防止对您的健康或安全、他人或公众的健康或安全的严重和急迫威胁，在有必要时，本院可能使用或与他人共享您的健康信息。在此情况下，本院将仅与能够帮助防止此威胁的人共享您的有关信息。如果您告知本院，您参与了一项暴力犯罪活动，并可能导致他人身体严重受伤（除非您在进行心理咨询时承认该事实），或者，如果本院断定您从合法拘禁中逃脱（如监狱或精神病院），本院也可能将您的健康信息披露给执法官员。

执法。本院可能会出于下列原因将您的健康信息披露给执法官员：

- 遵照执行本院须遵守的法庭指令或法律；
- 协助执法官员辨别或搜查嫌疑犯、在逃犯、证人或失踪者；
- 如果您是犯罪行为的受害者，并且本院断定：（1）由于紧急救治或您不具备能力，我们无法征得您的同意；（2）执法官员立即需要此信息，以开展其执法职责；以及（3）依据我们的专业判断，披露给这些官员符合您的最大利益；
- 如果本院怀疑您的死亡是由于犯罪行为所致；
- 报告发生在本院内的犯罪行为时；或者
- 报告在医院以外进行医疗急救期间（例如，由前往犯罪现场的急救医疗技师）发现的犯罪行为。

意外披露

尽管本院将采取合理措施保护您的健康信息的隐私，但在本院受许可使用或披露您的健康信息期间，或作为上述使用或披露之不可避免的结果，您的健康信息还是有可能被泄露。例如，在实施治疗期间，处于该治疗区域的其他患者可能看到或无意间听到有关您健康信息的讨论。

何时需要您的授权。

只有经过您的书面授权，我们才会将您的健康信息用于以上未列出的其他目的或活动，或对其进行披露。如果您向我们授权使用或披露您的健康信息，你可以随时以书面形式撤销该授权。如果您撤销授权，我们将不再出于您书面授权中所列的原因而使用或披露您的健康信息。但是，我们无法收回根据您的授权已经进行的任何披露。

大多数心理治疗笔记的使用和披露、用于营销目的的健康信息的使用和披露、以及构成销售的健康信息的披露，均将仅会在您的书面授权下进行。

针对 SUD 记录的特殊隐私保护：根据 42 CFR 第 2 部分，SUD 治疗信息享有额外的隐私保护，这限制了 Maimonides Health 使用或披露您 SUD 治疗信息的方式。除非您签署同意书，否则 Maimonides Health 仅可在 42 CFR 第 2 部分允许的有限情况下披露您的 SUD 治疗信息。在发生医疗紧急情况或 42 CFR 第 2 部分允许的特殊情况下，Maimonides Health 或许可在未取得您书面同意的情况下使用或披露您的 SUD 记录。

查阅和管理自己健康信息的权利

关于我们保留的有关您的健康信息，您拥有下列权利：

1. 审查和复制记录的权利

您有权审查和获取可用于制定您及您的治疗之相关决策的任何健康信息的副件，只要本院仍在档案中保留该信息；这包括医疗和付费记录。如要审查或获取一份您的健康信息，请向健康信息服务部（Health Information Services Department）提交您的书面请求。如果您需要一份信息，本院可能会针对复印、邮寄或完成您请求的所用材料等成本收取费用。标准费用为每页 0.75 美元，并且通常须在本院将信息副件交给您之时或之前支付。

在某些情况下，本院可能会拒绝您的健康信息审查或获取请求。如果本院拒绝您的请求，本院还将提供一份书面通知，以解释本院拒绝您的请求的原因，以及一份针对您权利的完整说明，以便让您审查本院决定并了解您可以如何行使这些权利。此外，该通知还包括如何针对这些问题向本院或向卫生与公共服务部部长提出投诉的信息。如果本院有理由拒绝您的部分请求，本院将允许您访问信息的其余部分。

2. 修正记录的权利

如果您认为本院掌握的与您相关的健康信息不准确或不完整，您可要求本院修正此信息。您有权要求修正信息，只要相关信息仍保留在本院档案中。如要请求修正信息，请写信至健康信息服务部。您的请求应包括您认为本院应修正您的信息的理由。一般情况下，本院将在 60 天内回应您的修正请求。如果本院需要更多的时间响应，本院将在 60 天内以书面形式通知您，以解释延误的原因以及您可期待在何时获得对您请求的最终答复。

如果本院拒绝您的部分或全部请求，本院将出具一份书面通知，用以解释我们拒绝的原因。您将有权要求在病历中包含与您的修正请求相关的某些信息。例如，如果您不同意本院的决定，您将有机会提交一份声明，以说明您的不同意态度；本院将把此份声明收录在您的病历中。本院还将提供如何向本院或向卫生与公共服务部部长提出投诉的信息。此类程序将在本院发送给您的书面拒绝通知中进行详细说明。

3. 索取披露情况记录的权利

您有权获取一份披露情况记录（如下文定义），其中列出本院将您的健康信息披露给了哪些个人或机构。如果 Maimonides Health 收到索取披露情况记录的请求，本院的答复一般仅限于 Maimonides Health 做出的披露，并且通常无法包括本通知开始部分列出的其他实体或个人做出的披露，例如个体医师从其私人诊所做出的披露。

披露情况记录也不包括如下披露的有关信息：

- 本院对您或您的私人代表做出的披露；

- 本院根据您的书面授权做出的披露；
- 本院出于治疗、付款或业务运营之目的做出的披露；
- 本院通过患者名录做出的披露；
- 本院向参与您的治疗或为您支付治疗费用的朋友和家人做出的披露；
- 本院在合法使用和披露您的健康信息时无意做出的披露（例如，当信息被另一位路过的患者听到）；
- 本院出于研究、公共卫生或业务运营等目的有限披露无法直接识别您身份的部分您的健康信息；
- 本院因国家安全和情报活动而向联邦官员做出的披露；
- 本院向惩治机构或执法官员做出的关于在押犯的披露。。

如要索取一份披露情况记录,请写信至健康信息服务部。针对您希望本院提供的披露情况,您的请求必须指定在过去六年中的某一个时间段。您有权在每 12 个月期间免费获得一份披露情况记录。但是,对于同一 12 个月期间内提供的任何额外记录,本院可能会向您收取成本费。本院会将任何涉及的费用随时通知您,以便您能够在任何费用发生之前撤回或修改您的请求。

一般情况下,本院将在 60 天内回应您的修正请求。如果本院需要更多的时间准备您要求的情况记录,本院将以书面形式通知您延误的原因以及您可期待收到情况记录的日期。在极少见的情况下,本院可能会在未通知您的情况下不得不延误向您提供情况记录,原因可能是执法官员或政府机构要求本院如此行动。

4. 获取额外隐私保护的權利

在治疗您的病情、收取治疗费用或经营我们的业务的过程中,您有权要求本院进一步限制对您的健康信息的使用或披露。您还可以要求本院限制如何向参与治疗的亲友披露您的有关信息的方式。例如,您可要求我们不披露有关您接受的外科手术的信息。如希望要求作出限制,请写信给健康信息服务部门。您的要求应该包括(1)您希望限制哪些信息;(2)您是否希望限制本院如何使用信息、本院如何与其他机构共享信息,或两者皆限制;以及(3)您希望此项限制的实施对象。本院将给您发送一份书面回应。除了如下所述,本院并非必须同意您的限制要求;并且,在某些情况下,您要求的限制可能被法律禁止。如果您自己“掏腰包”全额支付一项服务,本院必须同意您的请求,不会与您的健康保险计划共享有关服务的付款或医疗保健业务的信息。*如果本院同意此等限制,本院将受本协议的约束,除非在为您提供急救治疗或都执行某项法律时需要此信息。*如果本院已同意某项限制,您有权随时撤消此项限制。在某些情形下,只要本院事先通知,即有权撤消某项限制;在其他情况下,在撤消某项限制之前,本院需要征得您的许可。

5. 要求保密沟通的權利

您有权要求本院以更加保密的方式就医疗事宜与您联系;具体方法是,要求本院以备选方式或在备选地点与您联系。例如,要求本院联系您的家而非办公室。如要要求更加保密的沟通方式,请写信到本院患者关系部。*本院不会询问您此项要求的原因,并且,本院将尽力满足所有合理的要求。*请在您的要求中说明:您希望本院以何方式或在何地点与您联系;以及,如果本院通过备选方法或地点与您联系,您将如何处理您的医疗费用。

6. 电子访问的权利

您有权提出请求查询您的健康信息的电子副本（前提是我们将这些信息以电子格式保存）。如果难以按您所要求的电子形式和格式生成相关信息，我们将为您提供我们相互商定的另一种可读的电子格式的信息。

我们在本通知中建议您，如果您要求通过电子邮件提供电子格式的信息，电子邮件是一种不安全的信息传递介质，因此，如果健康信息通过电子邮件发送，会有一些风险。与更安全的传输渠道相比，通过电子邮件发送的信息更容易被未经授权的第三方截获。如果我们同意给您发送邮件信息，您即接受我们已经通知您的风险，并且，您也同意，如果我们将信息根据您的要求传输给您，或在信息发送给您之后，我们对该健康信息未经授权的访问概不负责。

7. 健康信息泄露

如果有人泄露了您未受保护的健康信息，我们会通知您。

补充信息

他人可以如何代表您行动。

您有权指定一位私人代表，请其代表您管理您的健康信息的隐私。但是，请注意，指定他人代表您管理您的健康信息，本身并未赋予此人代表您做出治疗决定的权利。一般情况下，父母和监护人拥有管理青少年健康信息的权利，除非法律允许青少年代表自己行事。

针对 HIV 相关、心理健康和滥用药物信息的特殊保护措施。。

本院有一套适用于 HIV 相关信息、某些心理健康信息和滥用药物信息的特殊保护措施。本《隐私政策通知》的某些部分可能不适用于此类信息。在本通知的结尾列出了一份有关这些信息将受到如何保护的书面说明。

隐私官员。

本院的隐私官员是 Sandra Maliszewski。如果您对本通知有任何疑问，或希望进一步了解信息，请联系本院隐私官员在患者关系部的指定代表，电话：718-283-7212。

如何获取本通知的副本

您有权获取本通知的纸质副本。即使您以前曾同意以电子方式接收本通知，您也可以随时索取一份本通知的纸质副本。如需索取，请拨打 718-283-7212，联络本院患者关系部。您也可以从本院网站 www.maimo.org 获取一份本通知的副本，或在您下次光临本院时亲自索取。本院可能时常更改隐私政策。如果本院做出任何修改，我们将修改本通知，以便您能获得本院有关措施的准确概述。本通知修订版将适用于由 Maimonides Health 及其联营供货商保管的您的全部信息，并且按照法律，本院需要遵守该通知的各项条款。如果您拨打 718-283-7212 联系患者关系部，或者访问我们的网站，您将能够获取一份本通知的修订版；您也可

以在下次光临本院时亲自所取。本通知的生效日期位于第一页的右上角。

如何提出投诉

如果您认为您的隐私受到侵犯，您可以向本院投诉，或向卫生与公共服务部部长投诉。如要向本院投诉，请拨打（718）283-7212，联络本院患者关系部。任何人均不得因您投诉而进行报复或采取对您不利的行为。

精神健康信息保密性

本院特别获批可以提供精神健康服务，并且，由本院任何单位或任何项目保管的精神健康信息的隐私和保密性，均受联邦和州法律规章保护。某些类型的精神健康信息拥有其他保护措施。如果这些其他保护措施与上述其他健康信息的保护措施有任何抵触，将以精神健康信息的具体保护措施为准。

一般情况下，您的精神健康信息仅供 Maimonides Health（或本院业务伙伴）内与下列职责相关的人员用于以下用途：为您提供治疗、收取治疗费，或者进行 Maimonides Health 的业务运营。一般情况下，Maimonides Health 不会将与您有关的精神健康信息披露给本院之外的其他人，*但下列情形除外*：

- 当 Maimonides Health 已经获得您的书面授权；
- 向已获授权可替您做出医疗决策的私人代表进行披露；
- 向政府机关或私营保险公司披露，以便获得本院向您提供之服务的付款；
- 向其他为您提供治疗的精神健康医疗机构进行披露，且此医疗机构是州政府认可的精神健康系统的一部份。
- 遵守法庭命令；
- 在您或他人的健康或安全遇到严重和急迫威胁时，向能够避免此威胁的相关人员进行披露；
- 为寻找失踪者或开展刑事侦查，而在联邦和州保密法允许的情形下，向相关政府机构进行披露；
- 在联邦和州保密法允许的情形下，向其它注册医院的急救中心进行披露；
- 向州政府提供的精神卫生法律服务部门进行披露；
- 在非自愿住院过程中，向代表患者的律师进行披露；
- 出于监督或评估 Maimonides Health 或其员工提供的医护质量之目的，向授权政策官员进行披露；
- 未经您特别授权向合格的研究人员进行披露(当此类研究对您的隐私几乎不构成危险时)；
- 向法医或验尸官披露，以判断死亡原因；以及
- 如果您是犯人，向能证明此信息在为您提供健康护理或在保护您或该惩治所其他人员的健康或安全方面具有必要性的惩治机构进行披露。

HIV 相关信息保密性

由 Maimonides Health 保管的 HIV 相关信息的隐私和保密性受联邦和州法律规章保护。此保护比上述针对您的其他健康医疗信息所提供的保护范围更为广泛。

与 HIV 相关的保密信息是指表明您曾接受与 HIV 相关的化验、患有与 HIV 相关的疾病或艾滋病、或患有 HIV 相关的感染的任何信息，以及能够合理识别您曾做过相关化验或您

是 HIV 感染者的任何信息。

依据纽约州法律，与 HIV 相关的保密信息只能披露给法律允许可拥有此信息的人士，或披露给您通过签署书面授权书允许其拥有此信息的人士。

一般而言，涉及与您 HIV 相关的保密信息可能由 Maimonides Health 的部分人员使用。这些人员需要此信息为您提供直接护理和治疗、处理帐务结算或报销记录、或者监督和评估 Maimonides Health 的医护质量。通常，Maimonides Health 不会向 Maimonides Health 外人士披露 Maimonides Health 在为您治疗的过程中获取的、任何与 HIV 相关的保密信息，但以下情况除外：

- Maimonides Health 获得您的书面授权；
- 披露给经适用法律授权可替您做出医疗决策的人士，并且所披露的信息关系到此人履行此医疗决策的职责；
- 出于治疗或收款之目的披露给其它医疗提供者或付账者；
- 披露给需要此信息以进行以下工作的 Maimonides Health 外机构人士：其中包括为您提供直接护理或治疗、处理帐务结算或报销记录，或者监督或评估 Maimonides Health 的医护质量的人士。在此情形下，Maimonides Health 通常将与该机构人士订立协议，以确保您与 HIV 相关的保密信息能够按照联邦和州保密性法律规章之要求受到保护。
- 法律或法庭下令要求的披露；
- 披露给人体器官移植的采购组织；
- 您获得的服务属于一个由联邦、州或地方政府机构监测或监督的计划，并且属于在有必要对该计划的服务提供情况进行监督、监测及管理时对此类政府机构、或该机构其他雇员或人士做出的披露。
- 联邦或州法律要求 Maimonides Health 向公共卫生官员做出的披露，其中包括所要求的某些化验结果或已知接触者的报告。
- 出于公共卫生目的而规定的披露、和/或与 Maimonides Health 人员意外接触事故相关的披露；
- 如果您是惩治机构的犯人，并且有必要向该机构的医疗主管披露与 HIV 相关的保密信息，以便医疗主管能够履行其职责。
- 对于死者，向负责死者遗体或在正常业务中能够从死者的死亡证明上获得与 HIV 相关的保密信息的丧葬承办者进行的披露。
- 为向相应的州或地方当局报告虐待或忽视儿童之情况而进行的披露。

如果违反上述隐私条例，可能致使 Maimonides Health 受到民事或刑事处罚。可依照联邦和州法律，向进行报告嫌疑的违规情况。

如何针对您的 HIV 相关信息保密性进行投诉

如果您因与 HIV 相关的保密信息的披露而受到任何歧视，您可以拨打 844-697-3471 联络纽约州人权处（New York State Division of Human Rights），或拨打 212-306-7450 致电纽约市人权委员会（New York City Commission of Human Rights）。这些机构负责保护您的权利。