

# CountyCare 隐私实践通知

本通知告知您，您的健康计划可能如何使用和共享您的健康信息。同时也说明您如何访问您自己的健康信息。请仔细阅读。

## 什么是本文件？

本文件称为《隐私实践通知》，向您说明 CountyCare（“我们”）如何使用和共享您的健康信息和人口统计信息，包括但不限于您的种族、族裔、语言或性取向。本通知还说明您访问自身信息的权利以及我们保护这些信息的责任。我们必须确保您的健康信息保持私密和安全。

## 什么是健康信息？

“健康信息”是指与您的医疗保健相关并可识别您身份的任何信息。示例包括但不限于您的姓名、出生日期、您接受的医疗服务详情或为您的护理所支付的金额。

## 为什么要向我提供此文件？

法律要求我们保护您的健康信息隐私，并向您提供有关我们如何使用和共享该信息的说明。法律同样要求我们向您提供本通知。这些州和联邦法律进一步加强了我们作为您的健康计划成员对谨慎维护和保护您保密性的承诺。尽管人口统计信息不属于健康信息，我们同样对您的种族、族裔、语言和性取向等人口统计信息适用相同的隐私和保护措施。

除非您以书面形式告知我们可以这样做，否则我们不会以本通知所述之外的方式使用或共享您的信息。您的人口统计信息不会被用于拒绝服务、保障或福利。如果您告知我们可以共享您的信息，您可随时改变主意。如有变更，请以书面形式通知我们。

## 谁需要遵守本通知？

所有为 CountyCare 工作的员工、承包商、顾问、供应商、志愿者以及其他医疗保健专业人员和组织均须遵守本通知。

## 我们如何使用和共享您的健康信息和人口统计信息

**用于管理您的医疗治疗。**我们将使用和共享您的信息以协助您的医疗护理。

**例如：**医生向我们发送有关您的诊断和治疗计划的信息，以便我们安排额外的服务。

**例如：**我们可能会与提供医疗支持性住房服务的服务机构共享您的健康和人口统计信息（例如您的首选语言）。

**用于医疗保健运营。**我们将使用和共享您的健康信息以帮助我们履行职责并评估我们的工作成效。如有必要，或如果您已选择同意被联系，我们可能会与您联系。

**例如：**我们将使用您的健康信息来为您开发更好的服务，或确保您正在接受优质服务。

**例如：**我们向伊利诺伊州提交与您的健康信息相关的数据，以证明我们遵守合同要求。

**用于支付您的医疗服务费用。**在为您的医疗服务付款时，我们可能会使用和共享您的健康信息。

**例如：**我们与您的处方药计划共享有关您的信息，以协调处方药的付款。

**用于管理您的计划。**我们可能会与与 CountyCare 签订合同、负责计划管理的其他企业共享您的健康信息。

**例如：**我们将与交通公司共享您的信息，以确保您能按时前往就诊。

**与业务合作方共享。**我们可能会与另一家公司（称为“业务合作方”）共享您的健康信息，该公司受我们雇佣，为我们或代表我们提供服务。只有在业务合作方以书面形式同意对健康信息和人口统计信息予以保密和保护的情况下，我们才会共享您的信息。

## 在获得您许可的情况下，我们如何使用或共享您的健康信息和人口统计信息

在以下所述情形中，您可以选择我们如何使用和共享您的信息。

请告知我们您的意愿，我们将遵循您的指示。如果您无法告知您的偏好，我们可能会在我们认为符合您最佳利益的情况下共享您的信息。

**与参与您护理费用支付的人员共享。**我们可能会与您的家庭成员、朋友或您告知我们参与您医疗护理或帮助支付费用的任何其他人员共享有关您的健康信息。您有权要求我们不要与某些人共享您的信息，但您必须告知我们。在紧急情况或您无法告知我们偏好的其他情形下，如果我们认为符合您的最佳利益，我们可能会与家人、朋友或其他人共享部分信息。

**共享有关健康相关福利、服务和治疗替代方案的信息。**我们可能会向您介绍可供您选择的健康服务、产品、可能的治疗方案或替代方案。我们可能通过一般性通讯、当面方式，或通过象征性价值的产品或服务向您提供信息。我们可能会与业务合作方共享您的健康信息以协助开展这些活动。如果您向我们提供了电子邮件地址和/或手机号码，我们可能会通过电子邮件或短信与您联系，用于预约提醒、会员调查、健康促进项目福利或其他一般性沟通及医疗保健内容。如果您已提供这些联系方式，我们可能会通过电话、电子邮件或短信与您联系。您可以联系我们并明确要求我们不要通过上述任何方式与您联系。未经您的书面许可，我们不会出售您的健康信息。

**与未成年人的父母和法定监护人共享。**除非法律禁止，我们可能会向未成年子女的父母或法定监护人披露其健康信息。如果未成年人已获得解放身份、已婚、怀孕或已为人父母，未经该未成年人许可，我们不会与其父母或法定监护人共享该未成年人的信息。如果未成年人正在接受某些敏感状况的护理，例如人类免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/ 获得性免疫缺陷综合征 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)、精神健康状况、生殖护理等，除非法律要求或允许，否则未经许可我们不会向其父母或法定监护人披露该等信息。

**用于开展研究。**我们可能会将您的健康信息用于并披露于研究目的。然而，大多数研究项目需经过特殊审批流程，并且如果研究人员将参与您的护理或可接触到您的姓名、地址或其他可识别您身份的信息，则需获得您的许可。法律允许在无需您授权的情况下，使用您的健康信息开展某些研究。

## 我们必须共享您的健康信息的情形

在有助于公共利益或安全的情况下，或法律要求时，我们也必须共享您的信息。在为这些目的共享您的信息之前，我们必须满足许多法律条件。

**公共卫生与安全。**我们可能会因公共卫生与安全原因共享您的健康信息。

例如：

- 用于预防或控制疾病、伤害或残疾；
- 报告出生和死亡；
- 报告虐待或忽视儿童；
- 协助向美国食品药品监督管理局（Food and Drug Administration, FDA）报告其监管产品的信息；
- 报告药物不良反应；
- 告知您可能已暴露于某种疾病，或可能有感染或传播某种疾病或状况的风险；或
- 在某些有限情形下向您的雇主披露。

**与执法机构共享。**当联邦、州或地方法律或法院要求时，我们将共享有关您的健康信息。

例如：

- 回应法院命令、搜查令、传票或其他类似程序；
- 识别或定位嫌疑人、逃犯、重要证人或失踪人员；或
- 获取有关实际或疑似犯罪受害者的信息。

我们可能会与执法官员共享信息：

- 如果我们认为死亡系犯罪所致；
- 用于报告发生在我们场所内的犯罪；或
- 在紧急情况下。

**作为法律程序的一部分。**我们可以根据法院命令或传票共享有关您的健康信息。我们只会共享命令中所列明的信息。如果我们收到其他法律请求，在被告知您已知晓且未反对披露的情况下，我们可能会共享您的健康信息。

**在调查期间。**我们将在隐私违规调查的一部分中，如果他们提出要求，将您的信息共享给美国卫生与公共服务部部长（Department of Health and Human Services）。根据同一法律，我们必须向您提供您所请求的、有关您本人的记录。在某些有限情况下，我们被允许对您保留部分信息。

**特殊政府职能。**我们可能会与以下对象共享您的健康信息：

- 经授权的联邦官员；
- 武装部队指挥机构或联邦机构，用于判断您是否适合服兵役、是否符合退伍军人医疗福利资格，或是否在医学上适合获得安全许可；
- 用于情报、反情报及其他国家安全活动；以及
- 用于保护美国总统。

**虐待和忽视。**我们可能需要向州和联邦机构共享您的信息，以报告疑似虐待、忽视或家庭暴力。您通常会被告知我们正在与这些机构共享信息。

**用于灾害救助。**在灾害救助情况下，我们可能会共享您的健康信息。

**防止对安全的严重威胁。**我们可能会使用和共享您的健康信息，以防止或减少对您或他人健康与安全的严重威胁。

**验尸官、法医和殡葬人员。**我们可能会与验尸官或法医共享健康信息，以识别死者或查明死亡原因。如果殡葬人员在履行职责时需要，我们也可能与其共享健康信息。

**健康监督活动。**某些卫生机构负责监督医疗保健系统和政府项目，以确保遵守民权法律。我们可能会因上述目的与这些机构共享您的信息。

**器官和组织捐献。**如果您是器官捐献者，我们可能会向负责获取、运输或移植器官、眼睛或组织的机构披露健康信息。

**工人赔偿。**我们可能会与相关机构或个人共享您的健康信息，以遵守工人赔偿法或其他类似项目。

## 我们如何保护您的信息使用

**我们如何确保您的信息安全。**我们采取措施保护您的健康信息和人口统计信息并保持其私密性。我们采用实体和电子安全措施来保护您的健康信息，包括安全的计算机系统、访问和密码控制、员工最小必要使用和使用限制政策，以及对员工和供应商的强制培训。

## 您关于健康信息和人口统计信息的权利

**您有权请求限制。**您有权要求我们限制在治疗、支付和医疗保健运营方面使用和共享您的健康信息的方式。但是，我们不一定必须同意该请求。如果披露仅用于支付或医疗保健运营且法律未另有要求，我们必须同意该请求。如果健康信息仅涉及您本人或由您或健康计划以外的其他人已全额支付的医疗服务或项目，我们也必须同意该请求。您还可以要求我们限制与您的家庭成员、朋友或您告知我们参与您护理或帮助支付费用的任何其他人员共享的信息。您必须以书面形式提交请求，并且请求必须签名并注明日期。

您应说明希望限制的信息，并告知我们哪些人不应收接收该信息。您必须将书面请求提交至 **CountyCare Health Plan**，收件人：**Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612**。我们将告知您是否同意您的请求。如果我们同意，除非在紧急情况下需要使用该信息为您提供治疗，否则我们将遵循您的请求。

**您有权获取指定记录集的副本。**您有权查阅或获取我们所持有的关于您的指定记录集的副本。

如需查阅或获取该等信息的副本，您必须以书面形式提出请求。我们将在收到您请求后的 **30天**内向您提供指定记录集的副本或摘要。如果您请求指定记录集的副本，我们可能会就复印、邮寄或与您请求相关的其他活动收取合理费用。

**您有权请求更改。**如果您认为您的健康信息、人口统计信息或付款记录不正确或不完整，您可以要求我们进行更改。您必须向我们提交书面请求，并说明您要求更改的原因。我们不一定必须同意进行更改。如果我们不同意所请求的更改，我们将在 **60天**内以书面形式告知您原因。如果您不同意我们的决定，您可以再次提交请求。该请求将附在您希望更改或更正的信息中。

**您有权请求保密通信。**您可以要求我们以特定方式与您联系（例如通过家庭或办公电话），或将邮件寄送至不同地址。我们将考虑所有合理请求。如果您告知我们如不遵循请求您将面临危险，我们必须同意该请求。

**您有权获得披露记录。**您有权以书面形式请求获取我们在过去六年中共享您健康信息的记录清单。该清单将包括共享对象、共享日期及原因。除治疗、支付和医疗保健运营方面的披露，或您要求我们进行的披露外，我们将列出所有披露。我们每年将免费提供一份披露记录，但如果您在 12 个月内再次请求，我们将收取合理费用您的书面请求必须注明所需披露的时间范围。

**您有权获得本通知的纸质副本。**您有权随时索取本通知的纸质副本。我们将及时向您提供。

**您有权选择他人代表您行事。**如果您已授予他人医疗授权书，或某人是您的法定监护人，该人员可以行使您的权利并就您的健康信息作出决定。如果您已选择他人代表您行事，您必须提供相关文件的副本，以证明该人员有权代表您行事。

**生殖健康信息。**我们不会仅因您寻求、获得或协助获得合法的生殖健康护理，而使用您的健康信息对您开展或协助他人开展调查，或对您施加处罚。在我们收到可能包含生殖健康信息的健康监督活动、司法或行政程序、执法目的，或向验尸官和法医披露的信息请求时，我们将要求请求方提供签署的声明，说明其请求并非用于被禁止的目的。我们将告知其，不当使用和披露您的健康信息可能会导致刑事处罚。

**遗传信息。**我们不得使用遗传信息来决定是否向您提供保障或确定该保障的价格。

**物质使用障碍（Substance Use Disorder, SUD）治疗信息。**如果我们通过您向某一受 42 CFR 第 2 部分（“第 2 部分项目”）管辖的 SUD 治疗项目所提供的同意，接收或保存了有关您的任何信息，并用于治疗、支付或医疗保健运营目的，我们可以基于相同目的使用和披露您的第 2 部分信息。这符合 健康保险可携性和责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 要求以及本通知中所述的使用和披露方式。如果我们通过您向我们或其他第三方提供的特定同意接收或保存您的第 2 部分信息，我们将仅按照您在同意中允许的方式使用和披露该等信息。

在任何情况下，除非经您授权，或在法院向您发出该法院命令通知后依据法院命令，否则我们不会在任何联邦、州或地方机构的民事、刑事、行政或立法程序中，使用或披露您的第 2 部分信息，或基于您第 2 部分项目记录中所含信息的证言。

**将您的信息用于我们的营销。**除非获得您的书面许可，否则我们不得将您的健康信息用于营销目的。

**出售您的信息。**除非获得您的书面许可，否则我们不得出售您的健康信息。

## 您的健康信息的其他使用和披露

**敏感信息。**某些类型的健康信息非常敏感，并受到额外保护。法律可能要求我们在共享该等信息前获得您的书面许可。敏感健康信息可能包括遗传检测；HIV/AIDS 检测、诊断或治疗；精神健康状况；酒精和物质滥用；性侵犯；或体外受精。使用和共享心理治疗记录同样需要您的许可。

## 本通知的变更

我们可能随时更改我们的隐私政策、程序和本通知，且更改将适用于我们所持有的所有关于您的信息。如果我们更改本通知，新通知将发布在我们的网站上，并向您邮寄一份副本。

## 如果我需要报告问题怎么办？

如果您不满意并提出投诉，我们不会因此对您采取不利行动。

如果您认为 **CountyCare** 违反了本通知中的隐私权，您可以向 **CountyCare** 或美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉。您可以通过寄送信函至以下地址进行投诉：

U.S. Department of Health and Human  
Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave.S.W.  
Washington, D.C. 20201

您也可以致电 877-696-6775，或访问 <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> 提交投诉。

您也可以使用以下信息联系 **Cook County Health** 系统企业合规办公室和/或 **Cook County Health** 系统隐私官员，讨论您所关心的任何问题：

Cook County Health & Hospitals System  
1950 W. Polk St., Suite 9217  
  
Chicago, IL 60612  
电话：1-877-476-1873  
[compliance@cookcountyhhs.org](mailto:compliance@cookcountyhhs.org)