



紐約市健康與心理衛生局隱私保護慣例通知

2025 年 4 月 24 日起生效

本通知針對我們會如何使用及披露您的相關醫療資訊，以及您如何可以查閱這些資訊，做出了介紹。請仔細參閱。

如果您有任何疑問，請與診所主任或所用設施的健康服務經理聯絡。您亦可致電 347-396-6007 或傳送電子郵件至 privacyofficer@health.nyc.gov，聯絡紐約市健康與心理衛生局（簡稱：紐約市衛生局）的首席隱私保護官。

受保護健康資訊 (Protected health information, PHI) 指無論是透過口頭、書面還是電子形式分享的個人健康資訊，它包括一般資訊（例如您的年齡、地址及電子郵箱）和有關您身體或心理健康的資訊。受保護健康資訊還包與您接受的健康照護服務以及為這些服務進行的付款相關的資訊。紐約市衛生局會遵守所有相關的法律法規，以確保受保護健康資訊得到保密。

向您提供本通知，亦是因應《1996 年健康保險流通與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 的要求。本通知對紐約市衛生局會如何使用及披露（或分享）您的受保護健康資訊，以及如何保護您的受保護健康資訊，做出了概述。本通知還對使用及分享您的受保護健康資訊過程中，您本人所擁有的權利以及紐約市衛生局所承擔的責任，做出了介紹。

本通知適用群體

依據《1996 年健康保險流通與責任法案》，紐約市衛生局因既提供健康照護服務，又提供公共衛生服務，而被視為「混合實體」。健康照護服務受《1996 年健康保險流通與責任法案》管轄，但公共衛生服務不受。

本通知適用於受《1996 年健康保險流通與責任法案》管轄的健康照護服務。通知中涉及的責任適用於紐約市衛生局所有使用或分享您的受保護健康資訊的人員履行遵守。

紐約市衛生局的責任

法律規定，紐約市衛生局的診所必須：

- 確保您的受保護健康資訊得以保密且保安
- 在使用及分享您的受保護健康資訊時，將我們的法律責任及隱私保護慣例告知於您

隱私保護法

聯邦、州及市一級的多部隱私保護法都對使用及分享受保護健康資訊做出了更多限制。這些法律適用於物質不當使用治療、HIV/愛滋病檢測與治療、性傳播感染檢測與治療、心理健康治療、生殖健康照護、墮胎、性別確認照護以及移民領域。紐約市衛生局的政策及本通知均遵守這些法律，除極少數例外情況之外，我們只會分享最低限度的必要資訊。

紐約市衛生局如何使用及分享您的受保護健康資訊

紐約市衛生局何時必須分享您的保護健康資訊

依照法律規定，除非健康照護專業人員明確表示這樣做對您的健康有害，否則紐約市衛生局必須對您分享您本人的受保護健康資訊。

紐約市衛生局在遵守保障您受保護健康資訊的法律方面遇到調查時，如果接到要求，則必須對美國健康與民眾服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 部長分享您的受保護健康資訊。

治療

紐約市衛生局可能使用或分享您的受保護健康資訊，包括健康照護提供者的建議，以提供您需要的治療或服務。我們可能與參與為您提供照護的健康照護提供者分享您的受保護健康資訊。

付款

您的受保護健康資訊將在為您所獲得的治療及服務出具帳單及接受付款時，按需予以使用。紐約市衛生局可能向您的健康保險計畫（包括 Medicaid）或管理式照護機構分享您的治療相關資訊，以獲得付款審批。

健康照護業務

紐約市衛生局可能在常規健康照護業務中使用及分享您的受保護健康資訊。健康照護人員將使用您的受保護健康資訊來回顧您所得到的照護以及健康照護成效，以將其與其他案例進行比較。例如，我們可能回顧您的受保護健康資訊，以進行培訓、風險管理或幫助提升我們所提供的照護及服務品質及成效。

紐約市衛生局將與為本局提供服務（例如計費）的第三方業務夥伴分享您的受保護健康資訊。業務夥伴也必須保護您的受保護健康資訊。

紐約市衛生局可能刪除任何個人資訊，以便您的受保護健康資訊能在不泄露您身份的前提下，在健康照護研究及服務中得到運用。

預約提醒

紐約市衛生局可能為了傳送預約提醒，而使用並分享您的受保護健康資訊。這類提醒不會透露您的健康照護就診原因。

聯邦、州及市級法律法規要求

如果聯邦、州或市級的法律法規有所要求，紐約市衛生局將按要求分享您的受保護健康資訊。

公共衛生活動

出於公共衛生監測或疾病、傷害或殘障預防或控制目的，紐約市衛生局可能與任何可以合法接收受保護健康資訊的公共衛生機構分享您的受保護健康資訊，包括疾病、出生和死亡報告。

虐待兒童報告

紐約市衛生局可能與任何可以合法接收虐待兒童報告的政府機構分享您的受保護健康資訊。

健康照護及服務轉介：經您同意的前提下，我們將您轉介給健康照護提供者時，會向該健康照護提供者披露您的受保護健康資訊，以便其為您提供照護或服務。

健康監督

紐約市衛生局可能與任何健康監督機構分享您的受保護健康資訊，以便進行對健康照護系統、政府福利計畫、其他政府監管計畫或民權法執行狀況施以監察的合法活動（例如審計、調查、檢查及執照核發）。

美國食品藥物管理局

紐約市衛生局可能與美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 要求的任何人員或公司分享您的受保護健康資訊，以進行下列工作：

- 報告產品缺陷、負面反應或問題
- 報告生物製品變化
- 跟蹤產品
- 召回產品
- 進行維修或更換
- 開展上市後監督

法律流程

倘若您捲入訴訟或其他法律流程，為回應正當的法院或行政命令，紐約市衛生局可能分享您的受保護健康資訊。我們也可能因應訴訟中其他方面提出的有效傳票、證據開示要求或其他法律流程，分享您的受保護健康資訊，但這樣做的前提是：已就該要求嘗試與您聯絡，或者已獲得了保護令，令中禁止將您的受保護健康資訊用於或披露給法律流程以外的任何目的，且要求在法律流程結束時返還或銷毀您的受保護健康資訊。

執法

倘若執法官員提出如下要求，紐約市衛生局可能分享受保護健康資訊：

- 回應任何法院命令、傳票、手令、傳訊或類似流程
- 鑒別或尋找嫌疑人、逃犯、證人或失蹤人員
- 瞭解某人是否犯罪（倘若我們無法獲得其本人的同意）
- 瞭解我們認為可能因犯罪而發生的死亡
- 瞭解在我們旗下一家診所中發生的犯罪行為
- 在緊急情況下，舉報犯罪行為或瞭解：
 - 犯罪發生地點或可以找到犯罪所涉人員的地點
 - 犯罪人員或找到他們的藏身之地

驗屍官、殯儀館負責人及器官捐贈

紐約市衛生局可能將向驗屍官或法醫分享受保護健康資訊，以鑒別死者身份或查明死因。在法律允許的情況下，我們亦可能向殯儀館負責人透露受保護健康資訊，以幫助他們完成工作。我們亦可出於器官捐贈目的，而使用及分享受保護健康資訊。

研究

紐約市衛生局有時也可能為開展研究，而使用及分享您的受保護健康資訊。研究必須首先獲得紐約市衛生局的機構審查委員會 (Institutional Review Board) 批准，並遵守所有相關法律法規。

父母查閱

部分紐約州法律解釋了可以與父母及法定監護人分享的受保護健康資訊類型。紐約市衛生局將遵守所有相關法律。

勞工賠償

紐約市衛生局可能分享您的受保護健康資訊，以遵守任何提供工傷或疾病相關福利的勞工賠償法律或類似計畫要求。

犯罪活動

根據某些聯邦及州級法律，倘若我們認為使用或分享您的受保護健康資訊，將防止或減輕對公共或個人健康或安全所造成的嚴重及迫在眉睫威脅，紐約市衛生局可能分享您的受保護健康資訊。如有必要，我們亦可能透露您的受保護健康資訊，以幫助執法當局鑒別或逮捕人員。

被監禁者

在需要的情況下，紐約市衛生局可能與被監禁者的懲教機構或其工作人員分享被監禁者的受保護健康資訊，以保護他們本人或其他人的健康與安全。

軍事活動及退伍軍人

倘若您是武裝部隊成員，紐約市衛生局可能根據軍事指揮當局的規定，分享您的受保護健康資訊。我們亦可能向適當的外國軍事當局分享有關外國軍事人員的受保護健康資訊。

國家安全及情報

在法律允許的情況下，紐約市衛生局可能與獲授權的聯邦官員分享您的受保護健康資訊，以用於情報、反情報及其他國家安全活動。我們亦可能與聯邦官員分享您的受保護健康資訊，以便他們可以開展特別調查或對美國總統、其他獲授權人員或外國國家元首實施保護。

您的健康照護參與者

除非您不批准，否則紐約市衛生局可能使用或分享您的受保護健康資訊，以讓您的家人或個人代表知道您的所在地及健康狀況。如果您在場，您將能夠不允許這樣使用或分享您的受保護健康資訊。倘若您無法決定或事態緊急，我們可能分享您的受保護健康資訊，前提是我們認為這樣對您最為有利。

您在自身受保護健康資訊方面的權利

儘管您的健康紀錄是紐約市衛生局財產，但資訊本身歸您所有。以下是您在受保護健康資訊上享有的權利。您可以寫信給診所主任、健康服務經理或其指定人員，提交以下任何要求：

檢查和複製權：您的受保護健康資訊保存於「指定檔案錄」中，可用於作出關於您的健康照護的決定。指定檔案錄通常包括醫療及賬單紀錄。只要紐約市衛生局還保留著這些資訊，您就有權查看及接收該資訊。此權利不適用於：

- 心理治療紀錄
- 用於或可能用於民事、刑事或行政訴訟或法律流程的資訊匯總

- 法律禁止查閱的受保護健康資訊

在某些情況下，紐約市衛生局可能拒絕您查看及接收自身健康資訊的要求。如果您被拒絕查閱您的健康資訊，可致電 347-396-6007 或傳送電子郵件至 privacyofficer@health.nyc.gov，聯絡首席隱私保護官，以申請重審被拒一事。

要求作出修訂的權利：倘若您認為我們記錄中您的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們修訂（更改或增補）資訊。只要紐約市衛生局還保留著您的健康資訊，您就有權申請對其進行修訂。如果您的申請不是以書面形式提交，或是未能包含正當理由，紐約市衛生局可能拒絕您的要求。此外，倘若您要求我們修訂以下資訊，我們可能拒絕您的要求：

- 並非由紐約市衛生局建立的資訊，除非建立資訊的人員或實體無法作出修訂
- 不屬於由紐約市衛生局保存或代紐約市衛生局保存的健康資訊
- 不屬於允許您查看及接收的資訊
- 資訊準確且完整

接收泄密通知的權利：倘若您的資訊隱私或安全受到影響，紐約市衛生局必須迅速通知您。

索取健康資訊披露紀錄的權利：健康資訊披露紀錄是獲得我們分享受保護健康資訊的人員及實體名單。該名單不包括本通知中所述、出於治療、付款或健康照護目的而作出的披露，或特定其他披露（例如您要求我們作出的任何披露）。您有權倒查您提出申請之日前不超過 6 年的健康資訊披露紀錄。

要求施加限制的權利：您有權要求限制我們使用或分享您在治療、付款或健康照護目的方面的受保護健康資訊。您亦有權要求限制我們向您的健康照護參與者或健康照護付款參與者分享您的受保護健康資訊。我們未必同意您的要求。

倘若您自費全額支付某項服務或健康照護項目的費用，您可以要求我們不與您的健康保險提供者分享您在付款或健康照護目的方面的資訊。除非法律規定須分享這些資訊，否則我們將同意您的要求。

要求溝通保密的權利：您可以要求我們使用其他方式或在其他地點與您聯絡，以保護您的隱私。例如，您可要求我們在您的上班地點或透過郵件與您聯絡。您亦可要求我們用密封完好的信封而非明信片將資訊郵寄給您。

倘若您希望我們私下與您聯絡，請向診所主任或其指定人員遞交書面申請。您的申請必須說明您希望獲得聯絡的方式或地點。如果您在多間診所接受服務，您必須每間逐個提出申請。

選擇他人代您行事的權利：倘若您已向某人提供醫療授權書（授權他人在您不能自主作出決定時，代您作出健康照護決定），或者倘若某人是您的法定監護人，他們可以在您的受保護健康資訊問題上，代您作出選擇。

索取本通知副本的權利：您可隨時索取本通知的紙質副本。可致電 347-396-6007 或傳送電子郵件至 privacyofficer@health.nyc.gov，聯絡診所主任、健康服務經理或首席隱私保護官。

使用受保護健康資訊的授權

《1996 年健康保險流通與責任法案》要求我們必須獲得您的書面許可，才能為下列目的使用或分享您的受保護健康資訊：

- 行銷目的
- 出售您的資訊（紐約市衛生局政策規定不得出售您的受保護健康資訊）
- 絕大部分心理治療紀錄披露

如果使用或分享您的受保護健康資訊的理由，不在本通知或適用於我們的法律涵蓋範圍內，紐約市衛生局必須請求獲得您的書面許可。倘若您允許了我們使用或分享您的受保護健康資訊，也可以隨時以書面形式撤銷該許可。倘若您撤銷許可，紐約市衛生局將不再為您書面許可中列出的理由，而使用或分享您的受保護健康資訊。我們無法收回我們在徵得您許可後已作出並必須保留的任何披露。

對本通知的修改

我們可以對隱私保護慣例及本項通知做出修改。我們亦可為適應任何我們已有以及將來可能接收的任何受保護健康資訊，而對本通知作出修訂。

我們將在所有旗下的診所都張貼最新通知副本，通知生效日期（開始使用通知的時間）將在首頁頂部居中位置及最後一頁右下角位置予以標註。此外，通知每次更新時，您都將獲得提供最新通知副本。您隨時可以索要通知副本，並造訪 on.nyc.gov/privacy-practices 查看最新版通知。

投訴

倘若您認為您的隱私遭到侵犯，您可向紐約市衛生局首席隱私保護官或美國健康與民眾服務部部長提交書面投訴，地址如下。提交投訴不會受到處罰：

- 將投訴透過電子郵件傳送至 privacyofficer@health.nyc.gov。
- 將投訴郵寄至：
 - NYC Department of Health and Mental Hygiene's Chief Privacy Officer at Gotham Center
42-09 28th Street, 14th Floor, CN-30, Long Island City, NY 11101
- 直接向美國健康與民眾服務部民權辦公室 (Office for Civil Rights, OCR) 提交投訴：
 - [透過郵寄、傳真、電子郵件提交書面投訴，或在 OCR 投訴平台上以電子方式提交書面投訴。](#)



隱私保護慣例通知簽收書

籍此表格上簽名及註明日期，本人承認自己已經收到一份紐約市健康與心理衛生局隱私保護慣例通知。

患者姓名（請正楷書寫）	
患者簽名	日期

倘若您是代替患者填寫此表格的個人代表，請在下方以正楷填寫您的姓名。

個人代表姓名（請正楷書寫）	
個人代表簽名	日期

For Official Use Only
<input type="checkbox"/> Patient refused to sign <input type="checkbox"/> Patient was unable to sign
NYC Health Department employee initials: _____
Date: _____