



纽约市健康与心理卫生局隐私保护惯例通知

2025 年 4 月 24 日起生效

本通知针对我们会如何使用及披露您的相关医疗信息，以及您如何可以查阅这些信息，做出了介绍。请仔细参阅。

如果您有任何疑问，请与诊所主任或所用设施的保健服务经理联系。您也可致电 347-396-6007 或发送电子邮件至 privacyofficer@health.nyc.gov，联系纽约市健康与心理卫生局（简称：纽约市卫生局）的首席隐私保护官。

受保护健康信息 (Protected health information, PHI) 指无论是通过口头、书面还是电子形式分享的个人健康信息，它包括一般信息（例如您的年龄、地址及电子邮箱）和有关您身体或心理健康的信息。受保护健康信息还包与您接受的医疗保健服务以及为这些服务进行的付款相关的信息。纽约市卫生局会遵守所有相关的法律法规，以确保受保护健康信息得到保密。

向您提供本通知，亦是因应《1996 年医疗保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) 的要求。本通知对纽约市卫生局会如何使用及披露（或分享）您的受保护健康信息，以及如何保护您的受保护健康信息，做出了概述。本通知还对使用及分享您的受保护健康信息过程中，您本人所拥有的权利以及纽约市卫生局所承担的责任，做出了介绍。

本通知适用群体

依据《1996 年医疗保险流通与责任法案》，纽约市卫生局因既提供医疗保健服务，又提供公共卫生服务，而被视为“混合实体”。医疗保健服务受《1996 年医疗保险流通与责任法案》管辖，但公共卫生服务不受。

本通知适用于受《1996 年医疗保险流通与责任法案》管辖的医疗保健服务。通知中涉及的责任适用于纽约市卫生局所有使用或分享您的受保护健康信息的人员履行遵守。

纽约市卫生局的职责

法律规定，纽约市卫生局的诊所必须：

- 确保您的受保护健康信息得以保密且保安
- 在使用及分享您的受保护健康信息时，将我们的法律责任及隐私保护惯例告知于您

隐私保护法

联邦、州及市一级的多部隐私保护法都对使用及分享受保护健康信息做出了更多限制。这些法律适用于物质不当使用治疗、HIV/艾滋病检测与治疗、性传播感染检测与治疗、心理健康治疗、生殖医疗保健、堕胎、性别确认照护以及移民领域。纽约市卫生局的政策及本通知均遵守这些法律，除极少数例外情况之外，我们只会分享最低限度的必要信息。

纽约市卫生局如何使用及分享您的受保护健康信息

纽约市卫生局何时必须分享您的保护健康信息

依照法律规定，除非医疗保健专业人员明确表示这样做对您的健康有害，否则纽约市卫生局必须对您分享您本人的受保护健康信息。

纽约市卫生局在遵守保障您受保护健康信息的法律方面遇到调查时，如果接到要求，则必须对美国健康与民众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 部长分享您的受保护健康信息。

治疗

纽约市卫生局可能使用或分享您的受保护健康信息，包括医疗保健提供者的建议，以提供您需要的治疗或服务。我们可能与参与为您提供照护的医疗保健提供者分享您的受保护健康信息。

付款

您的受保护健康信息将在为您所获得的治疗及服务出具账单及接受付款时，按需予以使用。纽约市卫生局可能向您的医疗保险计划（包括 Medicaid）或管理式照护机构分享您的治疗相关信息，以获得付款审批。

医疗保健业务

纽约市卫生局可能在常规医疗保健业务中使用及分享您的受保护健康信息。医疗保健人员将使用您的受保护健康信息来回顾您所得到的照护以及医疗保健成效，以将其与其他案例进行比较。例如，我们可能回顾您的受保护健康信息，以进行培训、风险管理或帮助提升我们所提供的照护及服务质量及成效。

纽约市卫生局将与为本局提供服务（例如计费）的第三方业务伙伴分享您的受保护健康信息。业务伙伴也必须保护您的受保护健康信息。

纽约市卫生局可能删除任何个人信息，以便您的受保护健康信息能在不泄露您身份的前提下，在医疗保健研究及服务中得到运用。

预约提醒

纽约市卫生局可能为了发送预约提醒，而使用并分享您的受保护健康信息。这类提醒不会透露您的医疗保健就诊原因。

联邦、州及市级法律法规要求

如果联邦、州或市级的法律法规有所要求，纽约市卫生局将按要求分享您的受保护健康信息。

公共卫生活动

出于公共卫生监测或疾病、伤害或残障预防或控制目的，纽约市卫生局可能与任何可以合法接收受保护健康信息的公共卫生机构分享您的受保护健康信息，包括疾病、出生和死亡报告。

虐待儿童报告

纽约市卫生局可能与任何可以合法接收虐待儿童报告的政府机构分享您的受保护健康信息。

医疗保健及服务转介：经您同意的前提下，我们将您转介给医疗保健提供者时，会向该医疗保健提供者披露您的受保护健康信息，以便其为您提供照护或服务。

医疗监督

纽约市卫生局可能与任何医疗监督机构分享您的受保护健康信息，以便进行对医疗保健系统、政府福利计划、其他政府监管计划或民权法执行状况施以监察的合法活动（例如审计、调查、检查及执照核发）。

美国食品药品监督管理局

纽约市卫生局可能与美国食品药品监督管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 要求的任何人员或公司分享您的受保护健康信息，以进行下列工作：

- 报告产品缺陷、负面反应或问题
- 报告生物制品变化
- 跟踪产品
- 召回产品
- 进行维修或更换
- 开展上市后监督

法律程序

如果您卷入诉讼或其他法律程序，为响应正当的法院或行政命令，纽约市卫生局可能分享您的受保护健康信息。我们也可能因应诉中其他方面提出的有效传票、证据开示要求或其他法律程序，分享您的受保护健康信息，但这样做的前提是：已就该要求尝试与您联系，或者已获得了保护令，令中禁止将您的受保护健康信息用于或披露给法律程序以外的任何目的，且要求在法律程序结束时返还或销毁您的受保护健康信息。

执法

如果执法官员提出如下要求，纽约市卫生局可能分享受保护健康信息：

- 回应任何法院命令、传票、手令、传讯或类似程序
- 鉴别或寻找嫌疑人、逃犯、证人或失踪人员
- 了解某人是否犯罪（如果我们无法获得其本人的同意）
- 了解我们认为可能因犯罪而发生的死亡
- 了解在我们旗下一家诊所中发生的犯罪行为
- 在紧急情况下，举报犯罪行为或了解：
 - 犯罪发生地点或可以找到犯罪所涉人员的地点
 - 犯罪人员或找到他们的藏身之地

验尸官、殡仪馆负责人及器官捐赠

纽约市卫生局可能将向验尸官或法医分享受保护健康信息，以鉴别死者身份或查明死因。在法律允许的情况下，我们也可能向殡仪馆负责人透露受保护健康信息，以帮助他们完成工作。我们也可出于器官捐赠目的，而使用及分享受保护健康信息。

研究

纽约市卫生局有时也可能为开展研究，而使用及分享您的受保护健康信息。研究必须首先获得纽

约市卫生局的机构审查委员会 (Institutional Review Board) 批准，并遵守所有相关法律法规。

父母查阅

部分纽约州法律解释了可以与父母及法定监护人分享的受保护健康信息类型。纽约市卫生局将遵守所有相关法律。

劳工赔偿

纽约市卫生局可能分享您的受保护健康信息，以遵守任何提供工伤或疾病相关福利的劳工赔偿法律或类似计划要求。

犯罪活动

根据某些联邦及州级法律，如果我们认为使用或分享您的受保护健康信息，将防止或减轻对公共或个人健康或安全所造成的严重及迫在眉睫威胁，纽约市卫生局可能分享您的受保护健康信息。如有必要，我们也可能透露您的受保护健康信息，以帮助执法当局鉴别或逮捕人员。

被监禁者

在需要的情况下，纽约市卫生局可能与被监禁者的惩教机构或其工作人员分享被监禁者的受保护健康信息，以保护他们本人或其他人的健康与安全。

军事活动及退伍军人

如果您是武装部队成员，纽约市卫生局可能根据军事指挥当局的规定，分享您的受保护健康信息。我们也可能向适当的外国军事当局分享有关外国军事人员的受保护健康信息。

国家安全及情报

在法律允许的情况下，纽约市卫生局可能与获授权的联邦官员分享您的受保护健康信息，以用于情报、反情报及其他国家安全活动。我们也可能与联邦官员分享您的受保护健康信息，以便他们可以开展特别调查或对美国总统、其他获授权人员或外国国家元首实施保护。

您的医疗保健参与者

除非您不批准，否则纽约市卫生局可能使用或分享您的受保护健康信息，以让您的家人或个人代表知道您的所在地及健康状况。如果您在场，您将能够不允许这样使用或分享您的受保护健康信息。如果您无法决定或事态紧急，我们可能分享您的受保护健康信息，前提是我们认为这样对您最为有利。

您在自身受保护健康信息方面的权利

尽管您的健康纪录是纽约市卫生局财产，但信息本身归您所有。以下是您在受保护健康信息上享有的权利。您可以写信给诊所主任、保健服务经理或其指定人员，提交以下任何要求：

检查和复制权： 您的受保护健康信息保存于“指定档案录”中，可用于作出关于您的医疗保健的决定。指定档案录通常包括医疗及账单纪录。只要纽约市卫生局还保留着这些信息，您就有权查看及接收该信息。此权利不适用于：

- 心理治疗纪录
- 用于或可能用于民事、刑事或行政诉讼或法律程序的信息汇总
- 法律禁止查阅的受保护健康信息

在某些情况下，纽约市卫生局可能拒绝您查看及接收自身健康信息的要求。如果您被拒绝查阅您的健康信息，可致电 347-396-6007 或发送电子邮件至 privacyofficer@health.nyc.gov，联系首席隐私保护官，以申请重审被拒一事。

要求作出修订的权利：如果您认为我们记录中您的健康信息不正确或不完整，您可要求我们修订（更改或增补）信息。只要纽约市卫生局还保留着您的健康信息，您就有权申请对其进行修订。如果您的申请不是以书面形式提交，或是未能包含正当理由，纽约市卫生局可能拒绝您的要求。此外，如果您要求我们修订以下信息，我们可能拒绝您的要求：

- 并非由纽约市卫生局建立的信息，除非建立信息的人员或实体无法作出修订
- 不属于由纽约市卫生局保存或代纽约市卫生局保存的健康信息
- 不属于允许您查看及接收的信息
- 信息准确且完整

接收泄密通知的权利：如果您的信息隐私或安全受到影响，纽约市卫生局必须迅速通知您。

索取健康信息披露纪录的权利：健康信息披露纪录是获得我们分享受保护健康信息的人员及实体名单。该名单不包括本通知中所述、出于治疗、付款或医疗保健目的而做出的披露，或特定其他披露（例如您要求我们做出的任何披露）。您有权倒查您提出申请之日前不超过 6 年的健康信息披露纪录。

要求施加限制的权利：您有权要求限制我们使用或分享您在治疗、付款或医疗保健目的方面的受保护健康信息。您亦有权要求限制我们向您的医疗保健参与者或医疗保健付款参与者分享您的受保护健康信息。我们未必同意您的要求。

如果您自费全额支付某项服务或医疗保健项目的费用，您可以要求我们不与您的医疗保险提供者分享您在付款或医疗保健目的方面的信息。除非法律规定须分享这些信息，否则我们将同意您的要求。

要求沟通保密的权利：您可以要求我们使用其他方式或在其他地点与您联系，以保护您的隐私。例如，您可要求我们在您的上班地点或通过邮件与您联系。您也可要求我们用密封完好的信封而非明信片将信息邮寄给您。

如果您希望我们私下与您联系，请向诊所主任或其指定人员递交书面申请。您的申请必须说明您希望获得联系的方式或地点。如果您在多间诊所接受服务，您必须每间逐个提出申请。

选择他人代您行事的权利：如果您已向某人提供医疗授权书（授权他人在您不能自主作出决定时，代您作出医疗保健决定），或者如果某人是您的法定监护人，他们可以在您的受保护健康信息问题上，代您作出选择。

索取本通知副本的权利：您可随时索取本通知的纸质副本。可致电 347-396-6007 或发送电子邮件至 privacyofficer@health.nyc.gov，联系诊所主任、保健服务经理或首席隐私保护官。

使用受保护健康信息的授权

《1996 年医疗保险流通与责任法案》要求我们必须获得您的书面许可，才能为下列目的使用或分享您

的受保护健康信息：

- 营销目的
- 出售您的信息（纽约市卫生局政策规定**不得**出售您的受保护健康信息）
- 绝大部分心理治疗纪录披露

如果使用或分享您的受保护健康信息的理由，不在本通知或适用于我们的法律涵盖范围内，纽约市卫生局必须请求获得您的书面许可。如果您允许了我们使用或分享您的受保护健康信息，也可以随时以书面形式撤销该许可。如果您撤销许可，纽约市卫生局将不再为您书面许可中列出的理由，而使用或分享您的受保护健康信息。我们无法收回我们在征得您许可后已做出并必须保留的任何披露。

对本通知的修改

我们可以对隐私保护惯例及本项通知做出修改。我们也可适应任何我们已有以及将来可能接收的任何受保护健康信息，而对本通知做出修订。

我们将在所有旗下的诊所都张贴最新通知副本，通知生效日期（开始使用通知的时间）将在首页顶部居中位置及最后一页右下角位置予以标注。此外，通知每次更新时，您都将获得提供最新通知副本。您随时可以索要通知副本，并访问 on.nyc.gov/privacy-practices 查看最新版通知。

投诉

如果您认为您的隐私遭到侵犯，您可向纽约市卫生局首席隐私保护官或美国健康与民众服务部部长提交书面投诉，地址如下。提交投诉不会受到处罚：

- 将投诉通过电子邮件发送至 privacyofficer@health.nyc.gov。
- 将投诉邮寄至：
 - 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
- 直接向美国健康与民众服务部民权办公室 (Office for Civil Rights, OCR) 提交投诉：
 - [以邮寄、传真、电子邮件提交书面投诉，或在 OCR 投诉平台上以电子方式提交书面投诉。](#)



隐私保护惯例通知签收书

籍此表格上签名及注明日期，本人承认自己已经收到一份纽约市健康与心理卫生局隐私保护惯例通知。

患者姓名（请正楷书写）	
患者签名	日期

如果您是代替患者填写此表格的个人代表，请在下方以正楷填写您的姓名。

个人代表姓名（请正楷书写）	
个人代表签名	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: _____