



哥伦比亚区政府
行为健康部

隐私保护联合通知

本通知所述为：您可能使用或泄露的、包括精神健康信息和酒精/药物治疗和预防信息在内的健康信息的保护方法。

请仔细查阅该通知。

行为健康部 (DBH) 网络由 DBH 和 DBH 认证或授权供应商组成，这些供应商已与 DBH 签订合同或协议，以提供精神健康服务或支持，以及酒精/药物治疗和预防。该通知阐述了 DBH 网络参与者使用、分享和保护您的受保护健康信息 (PHI) 的方法。

什么是 PHI?

PHI 为可用于识别您或相关行为健康的任何书面、记录和口头信息，包括您的治疗护理和支付信息。

无授权时使用和披露您的 PHI 信息

在何种情况下，我的 PHI 可不经我同意或授权共享？

(1) 在以下机构，您的 PHI (包括精神健康信息、酒精/药物治疗机构提供的酒精/药物治疗和预防信息) 可不经您事前同意或授权披露：

- 报告涉嫌虐待或遗弃儿童；
- 当个人健康受到威胁，需要立即就医的医疗急救情况。
- 卫生监督活动，如评估计划和审核。
- 回应法庭指令和船票。
- 研究目的，如治疗方法相关研究，使调查研究满足特定隐私要求。
- 举报供应商处，或针对供应商工作人员的犯罪或犯罪威胁。
- 根据有资质的服务机构或业务合作协议。

(2) **仅限精神健康信息。**此外，在以下情况下，可不经事先同意或授权披露精神健康 PHI：

- 当 DBH 网络供应商、地区健康及人力服务机构、及 HIPAA 范围内服务供应商，包括人力服务部门、儿童与家庭服务机构、健康部门、以及保健财政部门，需要协调治疗、福利和服务时。
- 当 DBH 网络以外的保健和精神健康供应商需要协调治疗、福利和服务时；但是此类授权并非绝对。您可选择授权供应商共享您 PHI，则供应商不能透露病程记录。“撤销”意味着，未签署发行授权披露，或供应商获得共享您 PHI 的法律许可前，您不希望供应商与 DBH 网络之外的供应商共享您的 PHI。例如，供应商可在医疗紧急情况或响应法庭命令时获准共享您的 PHI。
- 当精神健康专家认定需要紧急住院治疗精神病，或保护您或他人免受身体伤害时。
- 报告犯罪嫌疑人，或涉嫌虐待或遗弃儿童；
- 当调查遗弃或虐待精神病患者指控时，哥伦比亚区政府保护和宣传机构的指定代表有此要求；
- 可提供精神健康服务和支持的、合法保管的惩教机构或执法人员。

- 监测您是否符合审前释放、缓刑、假释、保外条件，或精神健康治疗转移协议。

常见问题

如果我正在接受酒精/药物治疗和预防计划，供应商能否在未经我同意的情况下，向其他网络供应商共享我的酒精/药物治疗和预防信息？

不能。42 CFR Part 2 特别规定：除上述(1)所述情况外，披露酒精/药物治疗和预防信息必须获得书面同意。

如经我许可，我的 PHI 能否用于其他用途？

可以。您的 PHI 可用于上述之外的用途，但是仅限于您提供了指定的授权表签名许可。例如，您可授权我们向网络之外的供应商提供您的 PHI，以为您提供需要的服务和治疗。您有权选择最多 365 日的授权生效日，而当您授权披露以获得寿险，或不可撤销或保证续保医疗保险时，授权日期可自政策生效之日起多达两年。

如果我授权披露，我能否撤销授权？

可以。除保险目的外，您可通过书面告知供应商，随时撤回授权。但是必须向供应商提供书面文件，以使网络供应商停止使用和披露您的 PHI。网络供应商获准根据您的授权使用和披露您的 PHI，直至网络供应商收到您的书面撤销请求。供应商收到您的撤销授权之前，将不影响网络供应商的活动。

要求网络供应商如何保护我的 PHI？

要求所有网络供应商保护您的 PHI 隐私，并为您提供该法律责任和隐私保护通知。如该通知条款根据法律规定更改，则要求所有供应商遵守更新后的通知。

我对于自己的 PHI 有何权利？

- 您有权向 DBH 网络之外的医疗机构供应商撤回对自己精神健康 PHI 的披露。
- 根据相关限制，您有权查阅和复制您的 PHI。
- 您有权要求修改您的 PHI 记录。
- 您有权以自己选择的保密方式获知 PHI。您必须选择对我们合理的方式。
- 您有权请求我们限制您 PHI 的指定用途和披露。如果网络供应商不同意您的限制条件，而我们同意，则我们必须遵守限制条件。
- 您有权在支付一定的款项时限制 PHI 披露。
- 您有权获得网络供应商披露您 PHI 情况的信息。
- 您有权获取该隐私通知的纸质版副本。
- 您有权获知违反您的 PHI 的情况。

如果我希望行使我的权利，提问问题，或投诉 PHI 的使用和披露问题时，我该如何做？

如果您希望行使权利、提问问题、或投诉 PHI 的使用和披露问题时，您应联系为您提供治疗机构的隐私官。您还可联系以下 DBH 隐私官：

DBH 隐私官
华盛顿州行为健康部
64 New York Avenue, NE, 2nd Floor
Washington, D. C. 20002
电话: (202) 671-4088
文字电话 (TTY)/听障专线 (TTD):
(202) 673-7500
电子邮件: dbh.privacy@dc.gov
您还可联系美国卫生与社会服务部民权办公室, 联系方式如下:

民权办公室 - III 区
美国卫生与社会服务部
150 S. Independence Mall West, Suite 372,
Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
主线: (215) 861-4441; 热线 (800) 368-1019;
传真: (215) 861-4431; 听障专线: (215) 861-4440
电子邮件: ocrmail@hhs.gov

此外, 您有权通过 DBH 申诉程序提起申诉。对于您关于 PHI 使用和披露的投诉, 任何人不得对您采取任何行为。

如您遇到通知的理解问题, 请寻求帮助。

通知变更

如该通知条款根据法律规定更改, 则要求所有供应商遵守更新后的通知。如通知更改, 则更改项适用于之前创建或收到的所有 PHI (包括精神健康信息、酒精/药物治疗机构提供的酒精/药物治疗和预防信息)。修改后的通知将在 DBH 网站和所有服务网站发布, 您可在下次访问时看到。

隐私保护联合通知 收到确认书

我确认收到 DBH 供应商网络的隐私保护联合通知，我已获得该通知副本。

签名 _____ 日期 _____

请输入打印姓名 _____

关系（非消费者/客户） _____

_____ 我拒绝在该表格签名。

_____ 我撤销与 DBH 网络外保健和精神健康供应商共享 PHI。我已知晓，根据《华盛顿精神健康信息法案》，在隐私保护联合通知第（2）章所述条件下，撤销并不影响 DBH 供应商泄露我的精神健康信息的权限。

网络供应商人员注意事项：

如果客户/代表拒绝该通知，或提供以下拒绝承认的签名信息：

网络人员姓名： _____

职位： _____

签名： _____ 日期 _____

注： _____

隐私保护联合通知和确认表副本 - 消费者/客户
确认表原件 - 临床记录



哥伦比亚区政府
行为健康部

授权使用或披露受保护健康信息
(包括精神健康信息和酒精/药物治疗和预防信息)

消费者/客户名称(打印) _____ 身份证号码 _____

地址 _____ 出生日期 _____

城市/州/邮政编码 _____ 曾用名 _____

信息接收方:

信息发布方:

姓名/职位: _____

姓名/职位: _____

组织: _____

组织: _____

地址: _____

地址: _____

电话 #: _____ 传真 # _____

电话 # _____ 传真 # _____

信息披露: 我自愿授权和要求披露我的临床记录(包括印刷版、口述和电子形式)。这包括发布所有治疗、住院、门诊记录和其他信息的特定许可,包括: (发布前务必检查以下项)

- 滥用药物、酗酒或滥用其他物质;
- 表明传染性或非传染性记疾病存在的记录, 以及 HIV/AIDS 测试记录。

发布限制:

- 日期范围仅限从 _____ 至 _____
- 例外项(如有例外项务必列出) _____
- 仅以下:(如适用, 仅列出特定文档) _____

用于以下目标的信息(列表): _____

有效期: 本授权自该表格签字之日起 365 日到期, 以下检查项除外, 它们将按最早到期处理:

- 至 _____ (自表格生效之日起, 不得超过 365 日)。
- 日期 _____ 时间: _____ 发生
(要求日期) (确定特定活动)

撤销权: 我已知晓: 我可以随时向授权发布信息的组织发送书面通知, 以撤销授权。我已知晓: 收到书面撤销通知前, 撤销授权将不会影响组织发布该信息的活动。我已知晓: 如该授权目标适用于健康或人寿保险, 则我的撤销权是受限的。

其他权利： 我已知晓：未收到授权，个人或组织重新披露该信息是不合法的，法律规定项除外。我已知晓：我有权检查我的受保护健康信息记录。我还知晓：如果我决定不签署该表，则不能否认登记或服务。但是，我可能因这些服务而无法申请福利或继续享受福利。

个人代表签名：

DBH-HIPAA 表 3
6-01-2016

第 1 页， _____， 已知晓，我在该表内签名，授权上述受保护健康信息的使用和/或披露。 共 2 页

全名（打印） _____

签名 _____ 日期 _____

授权代表消费者/客户活动（勾选一项）：

本人 _____ 父母 _____ *个人代表 _____ （包括法定监护人和委托书）
其他人 _____ （必须指定） _____

地址： _____ 电话 # _____

***要求的个人代表支持文档。随附该表**

未成年人签名： 如果消费者/客户为 14 岁以上及 18 岁以下，则需消费者/客户、父母、法定监护人或其他个人代表签名才可生效。以下情况下，任何年龄的未成年人均可独立签名授权披露：(1) 他/她是脱离父母而独立生活的未成年人，或 (2) 他/她在没有父母或法定监护人同意的情况下，在接受治疗或服务。

签名（打印） _____ 出生日期 _____ 电话 # _____

地址： _____

未成年人签名 _____ 日期 _____

提供同意意见的消费者/客户或个人代表身份验证

- 个人身份（政府发放的身份证照片）：随附副本。
- 政府官员或行为健康部供应商的口述代表。

阐述你了解的事宜，以及为何在这种情况下是合理的。

如需邮寄，则表格签名必须进行公证，或具有提供同意意见的人员的签名公证，或随附他/她的身份证副本。

我已验证提供同意意见人员的身份

全名（打印） _____ 职位 _____

签名 _____ 日期 _____

我撤销该授权书效力： _____ **签名** _____
(日期) (消费者/客户，或个人代表和他/她与消费者/客户的关系)

记录托管人：

1. 向消费者/客户提供该授权副本。
2. 在客户临床记录的原件签名。
3. 记录该授权，或转发至隐私官，或指派记录。

4. 发送该表副本，内含披露信息。

DBH-HIPAA 表 3
6-01-2016

第 2 页，
共 2 页