

## 2019-2020 學年

尊敬的家長/監護人：

您知道嗎，您的孩子可以在學校獲得**醫療保健服務**？Bailey Gatzert Elementary 在大樓內配有一個校內健康中心 (School-based Health Center, SBHC)，為所有學生提供服務。SBHC 由 Neighborcare Health 營運，這是一家社區健康中心，在西雅圖和瓦遜島 (Vashon Island) 每年為逾 75,000 人提供服務。

SBHC 提供適合孩子們的環境，並可在無需離開學校的情況下由家庭醫生提供所有服務。SBHC 提供上學前、上學時和放學後的約診服務。Neighborcare Health 致力於建立一個醫療保健之家，並鼓勵患者與提供者之間建立長期關係，其中包括醫療、牙科和心理健康護理。

**若要使用 SBHC 服務，請填寫並簽署本資訊包中的以下表格：**

- 健康史表 (第 2 頁)
- 登記表 (第 3-4 頁)
- 同意書 (第 5 頁)
- 牙科篩查同意 (第 6 頁)
- 教育紀錄披露表 (第 7 頁) (可選)

這些表格可以隨同學校資訊包返回，或單獨郵寄到學校。也可以本人親自把表格送到 SBHC 或學校的總辦事處。

一份填寫好的教育紀錄披露表允許把您孩子的學校紀錄與 Neighborcare Health 共享。透過存取學校紀錄，Neighborcare Health 可以與教師和工作人員配合改善學生的學習、出勤、成績和行為。

**Neighborcare Health 致力於向所有患者提供服務，不論支付能力如何。** Bailey Gatzert Elementary SBHC 接受「家庭與教育徵稅基金」(Families and Education Levy) 的支援，但這些資助不能完全負擔計劃的營運成本；所以 SBHC 會在適當時向保險公司收費。請填寫完成登記表的保險部分，以便確保您最新的保險資訊在我們這裡備案。

如果您沒有健康保險，那麼 SBHC 可以幫助您註冊一項保險計劃。請在登記表上勾選「無保險」方框，之後 SBHC 工作人員將聯絡您進行隨訪。您也可以直接致電 SBHC 請求健康保險註冊協助。

**Bailey Gatzert Elementary 很幸運能配有 SBHC，我希望您會為了您的孩子利用此資源。如果您想要了解更多資訊或需要協助，請撥打 206-548-3162 致電 Bailey Gatzert Elementary SBHC。**

謹致，

Bailey Gatzert Elementary

# 校內健康中心 健康史表



請填寫此表格，以便幫助我們為您的孩子提供優質的護理。您的孩子將獲邀到健康中心進行健康篩查，以便檢查他們的體重、身高、血壓和免疫史，並完成健康風險評估。健康中心將針對為支持您孩子的健康和學習準備而提出的任何建議與您聯絡。在提供任何疫苗之前，需要家長/監護人的額外同意。如果您的孩子有健康問題並且需要預約，請聯絡健康中心。

學生	名字	姓氏	出生日期 / /
填表之人的正楷書寫姓名		與學生的關係 (如不是本人)	填表日期 / /
聯絡您的最佳電話號碼		最佳致電時間	

### 關於您孩子的問題：

是  否 您的孩子是否有初級護理醫生或診所?  
提供者姓名/名稱: \_\_\_\_\_ 診所: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

是  否 您的孩子是否在去年接受過兒童健康檢查或全面體檢?

是  否 您的孩子是否在去年看過牙醫?

是  否 您的孩子是否有任何藥物或其他過敏症?  
(請描述): \_\_\_\_\_

是  否 您的孩子是否服用任何藥物? (包括維生素和非處方藥。)

藥物	劑量	原因

是  否 您的孩子是否有任何持續的健康問題或當前的健康擔憂?  
(請描述): \_\_\_\_\_

是  否 您的孩子是否曾經住過醫院或做過手術?  
(請描述): \_\_\_\_\_

是  否 您的孩子是否有任何學校/學習需求或疑慮?  
 出勤問題  成績較差或不及格  特殊教育  其他: \_\_\_\_\_

是  否 您對您孩子的健康狀況是否有其他疑慮? (例如: 過於擔心、壓力、抑鬱、焦慮等)  
(請描述): \_\_\_\_\_

### 關於您家庭的問題：

誰住在您的家裡?  
如果您的孩子還住在另一個家裡，那麼誰住在那裡?

是  否 在過去的一年中，您的家庭是否有任何重大變化或挑戰?  
如果有，請描述: \_\_\_\_\_

是  否 與您的孩子住在一起的任何人是否吸食香菸、雪茄、電子菸或大麻?

是  否 您是否擔心沒有足夠的食物或資金來養活您的家人?

是  否 您家中是否有槍支? 如果是，將其上鎖了嗎?  是  否

是  否 您的孩子是收養的嗎?

### 家庭健康史 (請勾選所有適用項)

家庭成員	沒有已知問題	酒精/藥物濫用	關節炎	哮喘	癌症	心臟問題	抑鬱	糖尿病	高膽固醇	高血壓	腎臟疾病	精神疾病	中風	視力問題
母親														
父親														
其他家庭成員:														
其他家庭成員:														

還有任何其他疾病或慢性疾病的家族史嗎?

# 校內健康中心 患者登記表



請完整填寫此表格，以便幫助我們為您的孩子提供優質的護理。這份同意書將每年保持有效。  
請以書面形式提交申請，以便撤銷服務同意書。

請填寫 1-8 部分。

1. 患者資訊					
學生姓名 姓氏		名字	中間名	以前姓氏	首選名字
學生出生日期 / /		出生性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		當前性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X	
性別認同詳情		<input type="checkbox"/> 額外性別或其他 _____		<input type="checkbox"/> 選擇不披露	
		<input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 女性變成男性	
		<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 男性變成女性	
性取向		<input type="checkbox"/> 雙性戀		<input type="checkbox"/> 選擇不披露	
		<input type="checkbox"/> 女同性戀、男同性戀或同性戀		<input type="checkbox"/> 其他 _____	
首選代詞		<input type="checkbox"/> 未知		<input type="checkbox"/> 他、他的	
		<input type="checkbox"/> 拒絕回答		<input type="checkbox"/> 他們、他們的	
		<input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 不分性別的他/她	
郵寄地址		公寓	備用地址 (如果不同)		公寓
市	州	郵遞區號	市	州	郵遞區號
您的首選語言是什麼?					
學生是否美國的退伍軍人?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
聯絡資訊					
首選電話		個人電子郵件地址			
<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 日間					
備用電話		通知偏好 (選擇一項)			
<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 日間		<input type="checkbox"/> 發簡訊到手機			
		<input type="checkbox"/> 致電住宅			
		<input type="checkbox"/> 向手機發送語音提醒/電話呼叫			
		<input type="checkbox"/> 選擇不通知			
2. 患者人口統計					
學生是否殘疾人或殘障人士?		哪一項最能描述您的家庭?			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 單身女性 <input type="checkbox"/> 單身男性 <input type="checkbox"/> 父母二人 <input type="checkbox"/> 未知			
3. 隱私聲明通知					
我在此確認我已收到 Neighborcare Health 的隱私慣例通知。我了解 Neighborcare Health 可透過致電、發簡訊、電子郵件或語音郵件來與我聯絡，告知預約提醒、測試結果、治療方案或其他與健康相關的福利和服務。					姓名首字母簽名
4. 緊急聯絡人					
姓氏		名字	出生日期 / /	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
地址		公寓	與患者的關係		
市	州	郵遞區號	電話		

# 校內健康中心 患者登記表



背面接續。

## 5. 家長/監護人 (如果患者未滿 18 歲)

家長/監護人的姓氏	家長/監護人的名字	出生日期 / /	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
郵寄地址	公寓	與患者的關係 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他	
市	州	郵遞區號	電話

## 6. 其他問題 (請為每個問題勾選一個答案)

您是無家可歸者還是住在臨時庇護所?	<input type="checkbox"/> 同住一室 <input type="checkbox"/> 非無家可歸 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 永久支持性住房 <input type="checkbox"/> 公共住房 <input type="checkbox"/> 庇護所 <input type="checkbox"/> 大街 <input type="checkbox"/> 過渡
遷移勞工狀況	在過去兩年的任何時候, 季節性或遷移農活是否您或您家庭的主要收入來源? <input type="checkbox"/> 無農活 <input type="checkbox"/> 是, 遷移農活 <input type="checkbox"/> 是, 季節性農活
您是否使用譯員?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您的種族或家庭背景是什麼?	<input type="checkbox"/> 美洲印地安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 多種族 <input type="checkbox"/> 拒絕識別身分
您是否西班牙裔或拉丁裔?	<input type="checkbox"/> 是, 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔或拉丁裔
收入	您家庭的每月總收入是多少? \$ 每月
家庭人口總數	在聯邦所得稅申報表中報告的家庭成員人數?
學生 ID 號碼	

## 7. 保險

您是否有保險? (如果是, 請將您的保險卡出示給前台接待員。)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
主要保險名稱:	投保人姓名:	
投保人關係:	投保人出生日期:	
身分證明/保單編號:	計劃編號 (如果適用):	
群組編號 (如果適用):	群組名稱 (如果適用):	
生效日期:	保險公司電話號碼:	

## 8. 發佈和同意簽名

資訊證明與護理同意: 我證明, 我向 Neighborcare Health 報告的登記資訊目前是正確的, 並且我理解對資訊的任何蓄意虛假陳述均可能使我承擔所提供服務的全部費用。我准許醫療、心理健康和牙科工作人員在診斷和治療我的健康問題時, 使用從專業和醫療角度看有必要或建議的此類既定的治療和療法。我理解, 醫療護理可能由醫師、執業護師、醫師助理或其他有證照的工作人員提供。我理解, 心理健康護理可能由精神科醫師、心理醫師或其他有證照的工作人員提供。我理解, 牙科護理可能由有證照的牙醫、牙科保健員、牙科或衛生科學生或受過訓練的志願者依據《華盛頓州牙科執業法案》(Washington State Dental Practice Act) 提供。除非以書面形式通知首席醫療/牙科官員取消同意, 否則此授權一直保有效力。此委派和發佈授權 Neighborcare Health 向我的保險公司、Medicare 和 Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 或社會和衛生服務部 (Department of Social and Health Services, DSHS) 發佈要確定相關服務應付費福利所需的任何資訊。我在此授權我與之簽訂了保單的任何保險公司, 直接向已為我提供了服務的醫療保健提供者支付任何保單的任何福利費用。我同意全額支付委派的保險公司未全額支付的所有費用。

簽名	與患者的關係	日期 / /
----	--------	-----------

# 校內健康中心 健康服務同意書



Neighborcare Health 的校內健康中心 (School-based Health Center) 位於西雅圖公立學校和瓦遜島 (Vashon Island) 學區內。Neighborcare Health 必須先收到家長或法定監護人提供的簽署同意書，才能提供服務，除非聯邦或州法律允許學生在沒有家長/監護人同意的情況下接受治療。學生無需在健康中心登記即可獲得學校護士提供的服務。

**我在此請求並且授權：**（請在下方正楷書寫學生姓名。）

名字	中間名	姓氏	出生日期
			/ /

接受由 Neighborcare Health 校內健康中心 (School-Based Health Center, SBHC) 工作人員提供並認為有必要的醫療保健服務。這些服務可能包括但不限於：心理健康諮詢、例行醫療檢查、自然療法、運動體檢、健康兒童或青少年護理、評估和治療急性疾病和損傷、免疫接種、血液研究、相片、X 射線、牙科與氟化物治療服務。SBHC 工作人員鼓勵家人參與他們向學生提供的護理。但是，如果我無法到場，則授權我的孩子在我缺席時接受服務。亦同意護理轉診，且如有需要，還包括前往其他醫師診室、醫療保健專業人士診室、醫院、診所或醫療保健機構的緊急接送服務，如果 Neighborcare Health SBHC 工作人員認為有必要。本授權不允許在沒有學生同意的情況下提供服務，除非該學生無法提供同意。Neighborcare Health 致力於建立一個包括醫療、牙科和心理健康護理的醫療保健之家，並且 Neighborcare Health 鼓勵患者與提供者之間建立長期關係。Neighborcare Health 與社區內也可能會診察我們所服務的患者的其他提供者合作，以確保協調護理服務。

依據州及/或聯邦法律，當提供了對護理的同意後，醫療保健資訊將被保密。但存在一些例外，例如：

1. 患者或家長/監護人透過簽署資訊披露書提供許可。
2. 患者表明對自己或其他人有即刻傷害的風險。
3. 患者有危及生命的健康問題，且未滿 18 歲。
4. 有理由懷疑虐待或忽視。
5. 必須向公共衛生當局報告某些傳染病。

同意與 SBHC 的醫療保健提供者共享必要的資訊，包括在心理健康治療師、執業護師或醫師助理與學校護士之間交換資訊，以便為上述指定的學生提供最佳護理。為了方便協調護理，學生的 SBHC 病歷將對在 SBHC 的 Neighborcare Health 工作人員開放使用。同意學校護士提供由 SBHC 的醫療提供者開具的非處方藥（例如布洛芬、泰諾林、Tums 等）。

學生也可以在任何 Neighborcare Health 的醫療或牙科診所獨立接受健康服務。藉由這份同意書，可以在任何 Neighborcare Health 醫療和牙科診所接受服務。如需查看診所位置的清單，請訪問我們的網站 [neighborcare.org](http://neighborcare.org)。如需安排預約，請撥打 206-548-5710 致電 Neighborcare 患者聯絡中心。

在學生於配備了 Neighborcare Health SBHC 的學校註冊期間，或者在服務由另一家 Neighborcare Health 診所提供的期間，授權同意由 Neighborcare Health 提供服務。可以隨時透過書面形式通知 SBHC 撤銷此份同意書。

學生簽名：（要求年滿 13 歲）	日期： / /
家長/監護人簽名：	日期： / /
法定責任監護人姓名（正楷書寫）：	關係：

## 關於未成年人同意的重要額外資訊

依據華盛頓州法律，SBHC 將在必要時提供並協助學生獲取外部護理。依據華盛頓州法律，任何年齡的青少年可在無需家長/監護人同意的情况下，獨立獲取生殖醫療保健服務。13 歲及以上的青少年可以在無需家長/監護人同意的情况下獨立接受藥物和酒精服務以及心理健康諮詢。SBHC 鼓勵學生盡可能讓他們的家長或監護人參與醫療保健決策。SBHC 將酌情協助學生與家長/監護人討論這些情況。

因為青少年能夠提供對治療的同意書，所以法律規定，若要披露關於懷孕和性傳播疾病（包括人類免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/ 愛滋病 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 檢測) 的資訊，需要青少年提供同意書。若需要披露關於酒精和藥物或者心理健康諮詢的資訊，法律要求 13 歲及以上學生提供同意書、12 歲及以下學生的家長/監護人提供同意書。如需了解有關未成年人同意的更多資訊，請訪問：

[www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org) 並搜索「Minor Consent (未成年人同意)」。



# 校內健康中心 牙科篩查同意



學校:	教室編號:	病歷編號 (Medical Records Number, MRN): (供行政管理使用)
-----	-------	---

## 尊敬的家長或監護人:

我們正在您孩子的學校提供牙科篩查服務, 以便告知您關於您孩子的牙齒健康狀況。在篩查服務方面, 我們**不會向您收取自付費用**。

如果您同意讓我們對您的孩子進行篩查:

- 您的孩子在學年期間將接受**兩次**牙科篩查。第一次篩查在**秋季**, 第二次篩查在**春季**。
- 如果您需要牙科服務提供者, 我們將很樂意為您提供牙科預約的資訊, 或者為您預約牙科服務。
- 我們將會向您發送一份您孩子的結果副本。這些資訊可能會與您孩子的學校共享。
- 如果我們需要針對您孩子的牙科需求與您聯絡, 則我們可能會致電留言。

## 什麼是牙科篩查?

Neighborcare Health 牙科服務提供者將檢查您孩子的牙齒並進行**視覺評估**。

他們將會施塗**含氟塗料**, 這是一種塗在牙齒上的保護塗層, 有助於預防新的蛀牙, 並幫助阻止已經開始形成的蛀牙。

牙科篩查**並不能取代由您孩子的牙醫進行的完整牙科檢查**。

家長或監護人, 請填寫下方資訊並在表格底部簽字。

## 學生姓名:

名字	中間名	姓氏	出生日期 / /
----	-----	----	-------------

學生性別:  男  女  X

## 家長/監護人姓名:

名字	中間名	姓氏	出生日期 / /
----	-----	----	-------------

地址:	市:	郵遞區號:
-----	----	-------

電話號碼:
-------

您是否希望使用除英語以外的語言與您聯絡?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是, 使用什麼語言?
----------------------	---	--------------

您希望以哪種方式收到您孩子的牙科評估結果?	<input type="checkbox"/> 請將結果在學校提供給我的孩子, 以便孩子將其帶回家。 <input type="checkbox"/> 請將結果郵寄到上方列出的地址。
-----------------------	---

您的孩子上一次去看牙醫是什麼時候?	<input type="checkbox"/> 不到 6 個月前 <input type="checkbox"/> 不到 2 年前 <input type="checkbox"/> 不到 1 年前 <input type="checkbox"/> 超過 2 年前 <input type="checkbox"/> 從未
-------------------	--

您的孩子是否有常規牙醫?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如果是, 在哪裡?
--------------	---	-----------

您是否希望獲取為您的孩子尋找牙醫的協助?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
----------------------	---

**此計劃不會向您收取任何費用, 但您的健康保險公司可能需要支付服務費用。請填妥此表格的保險部分, 以便確保我們存有最新的資訊。公共保險計劃通常會承保篩查的全部費用。如果保險不承保任何費用, 則將透過補助金來承保這些費用。我們將不會向任何參加該計劃的學生或家庭收取任何自付費用。篩查將不會作為您孩子的每年兩次牙科檢查之一來進行收費。**

請在下方列出您的 **APPLE HEALTH** 或其他牙科保險資訊:

牙科保險名稱:
---------

投保人姓名:
--------

關係:	投保人性別:	投保人出生日期:	/ /
-----	--------	----------	-----

簽署此表格, 即表示您同意接受兩次牙科篩查和含氟塗料。

家長或監護人簽名	日期
----------	----



**社區團體**  
**家長/監護人同意書**  
**2019-2020 認可**

Public Health – Seattle & King  
County  
School-Based Partnerships Program  
401 5<sup>th</sup> Ave #1000  
Seattle, WA 98104  
206.263.8350

Neighborcare Health  
1200 12th Ave S, STE 901  
Seattle, WA 98144-2712  
206-461-6935

**在家庭教育權利與隱私法案之下(FERPA)同意透露教育記錄**

本人同意讓西雅圖校區將我子女的教育記錄向以上所列的機構透露。

本人明白教育記錄包括、但不限於:

1. 學生姓名、出生日期與聯絡資訊
2. 學生基本資料: 包括特殊教育狀況和 504 的狀況、和種族
3. 出席記錄
4. 懲戒記錄
5. 課業與成績紀錄
6. 考試成績紀錄
7. 入學紀錄
8. 作業分數
9. 未來和錯過的作業

此項透露包括允許機構職員使用自動傳送資料的方法、透過西雅圖校區來獲得我子女的教育記錄。

本人明白與以上機構透露記錄的目的、是要讓我的子女在校健康中心醫療和/或心理健康提供者通知他們有關他/她的學業課程與進度。西雅圖和景郡 - 公共健康部門與 Neighborcare Health 共同合作、職員們將會與我的子女和/或他/她的學校共同努力、目的是要改善學生在學校的學業。本人也明白可以呈交一份書面的通知給(西雅圖校區學校和社區合作部) Seattle School District's School & Community Partnership Department, MS: 33-160 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124 讓他們停止將資訊透露給機構職員。

此項透露資訊將包括以上所列的教育記錄、包括學生過去的資料提供給機構職員、在簽署的日期開始直到 2020 年 12 月 31 日有效。  
本人授權西雅圖校區向以上機構透露資訊(請清楚填寫):

家長/監護人簽名 (如果學生在 17 歲或以下): \_\_\_\_\_

家長/監護人填寫姓名: \_\_\_\_\_

學生簽名 (如果學生在 18 歲或以上): \_\_\_\_\_

今天日期: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 填寫學生姓名 (名字和姓氏)

\_\_\_\_\_ 學生出生年月日

\_\_\_\_\_ \*\*學生在校區的學校 ID #

\_\_\_\_\_ 學生就讀學校

\*\*學生 ID # 可以在學生 ASB 卡、成績單、學校信件找到, 或與子女就讀學校聯絡





## 隱私慣例通知

**本通知描述了如何使用和披露有關您的健康資訊。其中還解釋了您可以如何獲取此資訊。  
請仔細查閱。**

Neighborcare Health 致力於在保護您的健康資訊的隱私和保密性的環境中為您提供最高質量的護理。為此，本通知解釋了我們針對您的健康資訊的隱私慣例以及您的權利。

### 誰將遵循本通知中的隱私慣例

本通知中描述的隱私慣例將由

Neighborcare Health 的所有醫療保健專業人士、員工、受培訓人員、學生和志願者遵循。

### 未經授權使用和披露健康資訊

我們可能會在未經您對以下個人授權的情況下，或出於法律允許或要求的其他目的而使用或披露您的健康資訊，包括：

#### 治療

我們可能會在必要時使用或披露您的健康資訊，以便為您提供治療或服務。例如，我們可能會使用您的健康資訊來為您提供醫療保健，並且我們可能會與其他醫療保健提供者針對您的治療進行協商。

#### 付款

我們可能會使用和披露您的健康資訊，以便向您、保險公司或其他第三方收取您在 Neighborcare Health 接受的治療的費用。例如，我們可能會共享您的健康資訊以請求付款並從您的健康保險公司收到付款，並確認您的健康保險公司將支付您的治療費用。

#### 醫療保健營運

我們可能會使用或披露您的健康資訊，以便開展為經營我們的業務所需的某些行政管理、財務、法律和質量改進活動，並支持我們的治療和付款活動。例如，我們可能會使用您的健康資訊來

評估向您提供的服務質量，並評估我們的工作人員為您提供護理的表現。

### 健康資訊交換 (Health Information Exchange, HIE)

我們可能會參與某些健康資訊交換，透過此交換我們可能會在法律允許的情況下向其他醫療保健提供者或實體披露您的健康資訊，以便用於治療、付款或醫療保健營運目的。健康資訊的交換可以提供更快的存取、更好的護理協調，並協助提供者和公共衛生官員做出更明智的決策。

### 有組織的醫療保健安排

我們可能會參加與其他醫療保健提供者或醫療保健實體之間的聯合安排，透過此安排我們可能會在法律允許的情況下使用或披露您的健康資訊，以便參與涉及治療、醫療保健決策審查、質量評估或改進活動或者付款活動的聯合活動

### 籌款活動

我們可能會將您的健康資訊用於我們組織的籌款活動，包括將您的資訊發佈給代表我們籌款的基金會。任何向您傳達的有關籌款的通信都將為您提供選擇退出進一步籌款活動的明確機會。

### 未經授權對您的健康資訊的其他使用和披露

- 根據州和聯邦法律的要求。
- 聯絡您傳達預約提醒，提供測試結果，告知您有關治療方案或建議您有關其他健康相關的福利和服務。
- 向代表我們提供服務（例如計費、軟體維護和法律服務）、被稱為「業務夥伴」的第三方披露。
- 向準備開展研究專案的醫療研究人員披露關於您的醫療保健資訊。

- 防止或減輕對您的健康和安全的嚴重和緊迫的威脅。
- 如果您是武裝部隊的成員並且我們被授權或被要求依照法律使用和披露，則會向軍方披露。
- 向授權的聯邦官員披露，以便用於情報、反間諜或其他國家安全活動。
- 向授權的聯邦官員披露，以便他們可以開展特別調查或對美國總統或其他授權人員提供保護。
- 根據法律授權或要求向執法官員披露。
- 針對為工作相關的損傷或疾病提供福利的勞工賠償或類似的計劃。
- 在發生災難時，向協助救災工作的組織披露，以便向您的家人通知您的狀況和位置。
- 根據法律授權或要求在必要時向驗屍官、法醫和喪葬承辦人披露，以便於他們履行其職責。
- 如果您是器官捐獻者，則在必要時向處理此類器官獲取或移植的組織或器官儲備庫披露，以便幫助器官獲取、移植或捐贈。
- 向政府、許可發放、審計和認證機構披露。
- 如果您是囚犯或受到執法官員的監護，則根據法律授權或要求向懲教所披露。
- 向公共衛生當局披露，以便開展公共衛生活動。公共衛生活動包括預防或控制疾病、損傷、殘疾以及對虐待、忽視或家庭暴力的報告作出回應。我們可能會向報告不良事件、產品缺陷或問題、生物產品偏差或者針對產品召回、維修或更換所需的人員或機構披露您的健康資訊。

- 當我們從法院或公共機構獲得法院命令、傳票或其他合法指示時，或者為了保護我們自己免受向我們提起的訴訟，則向法院和律師披露

## 經授權使用和披露您的健康資訊

### 需要您的書面授權的使用和披露：

- 心理治療筆記：未經您的書面授權，我們將不會披露心理治療筆記，除非法律另行允許或要求使用和披露。
- 營銷：未經您的書面授權，我們將不會參與構成對您的健康資訊的銷售的披露。當我們或我們直接或間接與其簽訂合約的人員收到付款以換取您的受保護健康資訊時，便會發生對受保護健康資訊的銷售。
- 未成年人：在使用或共享未成年人的受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 時，我們將會遵循華盛頓州法律。接受與艾滋病病毒/艾滋病、性傳播疾病 (Sexually Transmitted Disease, STD)、心理健康治療、酒精/藥物檢測以及治療或生殖健康有關的醫療保健服務的未成年人可能會要求另一個人代表他們接收該資訊。如果未成年人沒有向任何人提供書面許可，則我們將僅向該未成年人提供資訊。

### 其他使用和發佈

除本通知中所述之外的任何對資訊的請求都將需要您的書面許可。例如，在我們將 PHI 發送給您的人壽保險公司或您的律師之前，您將需要簽署一份許可表。您可隨時向我們提供書面請求來撤銷您的許可。

## 您的個人權利

### 檢查和複製紀錄的權利

您可請求查看您的健康紀錄和帳單紀錄，以便檢查和/或索取該紀錄的副本。所有查看紀錄的請求必須以書面形式提出。在有限的情況下，我們可能會拒絕存取您的紀錄。我們可能會收取複印和發送您請求的紀錄的費用。

### 請求修改的權利

您有權請求讓我們修改您的 PHI。您的請求必須使用書面形式，並且必須解釋為什麼要修改資訊。在某些情況下，我們可能會拒絕您的請求。

### 披露會計資訊的權利

您可以書面形式要求獲取對您的健康資訊的某些類型的披露的會計資訊。法律要求從會計資訊中排除許多典型的披露，例如為護理您、為您的健康服務付費或在您提供您對披露的書面授權的情況下進行的披露。

若要提出對會計資訊的請求，請參閱下方聯絡資訊。通常情況下，我們將會在收到您的請求後的 60 天內回覆您的請求，除非我們需要額外的時間。

### 請求限制的權利

您有權請求讓我們對我們使用和披露您的健康資訊，包括用於治療、付款和醫療保健營運的使用和披露，以及向參與您的護理或為您的護理付款的家庭成員、朋友或其他人的披露施加額外限制。若要請求限制，您必須告知您的看護人或使用本通知末尾列出的資訊與隱私辦公室聯絡。您可能被要求以書面形式提交您的請求。我們並非一定要同意您的請求。如果我們確實同意，則我們將以書面形式通知您並將遵守我們的協議，除非在向您提供緊急治療時需要資訊或者法律要求或允許我們披露該資訊。

如果您或其他家庭成員或代表您的人員已經向您的醫療保健提供者全額支付了特定醫療保健服務或項目的費用，並且明確請求我們不得為了付款或醫療保健營運目的而向您的健康計劃披露有關此醫療保健項目或服務的資訊，則我們將同意此請求。我們通常不能為了醫療保健治療目的而限制所需的資訊披露。

### 請求保密通信的權利

您可請求讓我們以某種方式或在某個地點聯絡您或向您發送 PHI，例如僅在工作或在家時，或僅透過郵寄。若要請求保密通信，請寫信給我們的隱私官員（地址如下），並說明您希望取得聯絡的方式或地點。我們將不會向您詢問您的請求原因，並且我們將採納所有合理的請求。

### 本通知的紙質副本的權利

您有權隨時獲得本通知的紙質副本。本通知的副本可在我們的所有辦公地點、在我們的網站 [neighborcare.org](http://neighborcare.org) 上或發送電子郵件至 [privacy@neighborcare.org](mailto:privacy@neighborcare.org) 聯絡隱私官來獲取。

### 違反通知的權利

您有權根據法律要求接收有關對您的健康資訊的違反情況的通知。

### 本通知的變更

我們保留變更我們的做法和本通知，以及使新通知對我們維護的所有 PHI 都有效的權利。如果我們進行了變更，則更新的通知將發佈在我們的網站上，並將在我們的辦公地點提供。根據要求，我們將向您提供任何修訂的通知。

### 問題或投訴

如果您對您的隱私權有疑問，或者擔心我們侵犯了您的隱私權，則您可以發送電子郵件至 [privacy@neighborcare.org](mailto:privacy@neighborcare.org) 聯絡 Neighborcare Health 隱私官。您還有權向衛生與公共服務部的部長投訴。您將不會因提出投訴而受到報復。

**Neighborcare Health**  
1200 12th Ave S, Suite 901  
Seattle, WA 98144  
206-461-6935  
[neighborcare.org](http://neighborcare.org)