

重要事項：

在遙距學習期間，學校健康中心將向學生開放當面及電話約診。



2020-2021 學年

尊敬的家長/監護人：

學生健康是促使學生取得學業成功之重要部分。為支持學生保持良好體魄，西西雅圖小學 (West Seattle Elementary) 設有學校健康中心 (School-Based Health Center, SBHC)，供所有學生進行當面和遙距醫療就診。SBHC 由一間社區衛生中心 Neighborcare Health (鄰里醫療保健) 營運，每年為 Seattle 以及 Vashon Island 的 71,000 多人提供服務。

SBHC 在校園內為兒童提供親和友善的環境，涵蓋家庭醫生的所有服務範圍。SBHC 提供上課前、上課期間以及放學後之約診時段。即使您的學生已經有護理服務提供者，我們也可與他們緊密合作，在學校即可使用醫療、牙科和心理健康服務的便捷選擇。

為使用 SBHC 服務，請填寫並簽署資料包所提供的下列表格：

- 健康史表格 (第 2 頁)
- 登記表 (第 3-4 頁)
- 同意書 (第 5 頁)
- 牙科檢查同意書 (第 6 頁)
- 教育記錄透露表格 (第 7 頁) (可選)

上述表格可隨學校資料包一同交回，也可單獨郵寄給學校。也可親自將這些表格遞交到 SBHC 或學校的主要辦公室。

教育檔案透露：此表格將允許與 Neighborcare Health 共享您孩子的學校檔案。獲取學校檔案使 Neighborcare Health 能夠與教師和工作人員合作改善學生的學習表現、課堂出勤、學業成績和行為。

服務費用：Neighborcare Health 致力於為所有患者提供服務，不受患者的支付能力所限。West Seattle Elementary SBHC 獲得了「家庭與教育徵稅基金」(Families and Education Levy) 支持，但是此資助並未完全覆蓋該計畫的營運成本；因此，SBHC 費用保險會在適當時派上用場。請填寫登記表上的保險部分，以確保我們將您最新的保險資料存檔。

若您並無健康保險，則 SBHC 可協助您加入保險計畫。請在登記表上勾選方框「無保險 (No Insurance)」，SBHC 工作人員將與您跟進。您也可直接致電 SBHC 以請求工作人員協助您進行健康保險登記。

West Seattle Elementary 設有 SBHC 是一個難逢的好機會，希望您把握此資源讓您的孩子受益。若您需瞭解更多資訊或需要協助，請致電 West Seattle Elementary SBHC，電話：206-548-3164。

謹致問候，

Pam McCown-Conyers
校長

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	沒有已知的問題	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?

學校健康中心 患者登記表



請完整填寫此表格，以助我們為您的孩子提供優質保健服務。該同意書將對每年有效。如需對服務撤回同意，請以書面形式提出請求。

請完成第 1-6 部分。

1. 學生資料及人口統計資料						
姓氏	名字	中間名	曾用姓氏	偏好名字		
學生 ID 號碼	出生日期 / / 月 日 年		出生性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	法律性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性別		
郵寄地址	公寓	備用地址 (如不同)			公寓	
市	州	郵遞區號	市	州	郵遞區號	
家長電話號碼	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 辦公		學生電話號碼	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 辦公		
家長電子郵件地址			學生電子郵件地址			
預約通知之首選方式 (選擇一項) 對於家長 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 打電話 <input type="checkbox"/> MyChart			預約通知之首選方式 (選擇一項) 對於學生 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 打電話 <input type="checkbox"/> MyChart			
性別認同	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別男到女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 跨性別女到男 <input type="checkbox"/> 選擇不透露 <input type="checkbox"/> 性別存疑 <input type="checkbox"/> 非二元性別/酷兒					
性取向	<input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 女同性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 男同性戀 <input type="checkbox"/> 酷兒 <input type="checkbox"/> 泛性戀 <input type="checkbox"/> 選擇不透露					
首選代詞	<input type="checkbox"/> 她、她的 <input type="checkbox"/> TA, TA們 <input type="checkbox"/> 選擇不透露 <input type="checkbox"/> 他、他的 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
您是西班牙裔或拉丁裔嗎?	<input type="checkbox"/> 是, 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 並非西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 選擇不透露					
您的種族或家庭背景是?	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞洲人 <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"/> 多於一個種族 <input type="checkbox"/> 拒絕說明					
您是美國退伍軍人嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
您的就業狀況如何?	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 季節性就業 <input type="checkbox"/> 現役軍人 <input type="checkbox"/> 學生					
您的首選「書面語言」是什麼?				您是否需要口譯服務?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 家長/監護人 (若患者未滿 18 歲)						
家長/監護人姓氏	家長/監護人名字		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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他				
市	州	郵遞區號	電話號碼 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 辦公			

學校健康中心 患者登記表



本頁為續表。

3. 保險

您有保險嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
請列出保險範圍資料	保險名稱	生效日期	
	團體計畫編號	成員編號	
	簽署人/投保人姓名	簽署人出生日期	
您是否有興趣加入我們的滑動收費優惠計畫？	若您並無健康保險，或需要幫助以支付健康保險並未承保的開支，我們有提供滑動收費優惠。計畫的資格規定以及最低費用視您的家庭人數和收入而定。有關更多資訊和提交申請，您希望與我們的專員見面以瞭解資格規定事項嗎？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

4. 附加問題（針對患者的情況回答；或者若患者為未成年人，請針對合法監護人的情況回答。）

年或月收入	您家庭的年總收入是多少？	\$	若更容易計算，您家庭的月收入是多少？	\$
家庭總人數	聯邦所得稅申報表上填報的家庭成員人數：			
您是無家可歸或住在臨時收容中心嗎？	<input type="checkbox"/> 並非無家可歸 <input type="checkbox"/> 合租/合住 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 永久性支援住房 <input type="checkbox"/> 公共房屋 <input type="checkbox"/> 收容中心 <input type="checkbox"/> 街道 <input type="checkbox"/> 過渡性			
流動性/季節性工作狀況	過去兩年期間的任何時候，季節性或流動性農場工作是否曾經成為您或您家庭的主要收入來源？		<input type="checkbox"/> 並無進行農場工作 <input type="checkbox"/> 是，流動性農場工作 <input type="checkbox"/> 是，季節性農場工作	
您從哪些渠道瞭解到關於 NEIGHBORCARE HEALTH（鄰里醫療保健）？（標示適用的所有項）	<input type="checkbox"/> 朋友或家人 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 線上搜尋（如 Google） <input type="checkbox"/> Neighborcare 以外的其他提供者 <input type="checkbox"/> 地點方便/靠近住所 <input type="checkbox"/> 其他社區團體或計畫 <input type="checkbox"/> 社交媒體（Facebook、Twitter、Instagram） <input type="checkbox"/> 廣告（告示板、巴士、報紙） <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 其他			

5. 隱私聲明

我現確認收到 Neighborcare Health 提供的《隱私慣例通知》。我知悉 Neighborcare Health 可能會透過打電話、傳送簡訊、電子郵件或語音郵件與我聯絡，以通知約診提醒、檢驗結果、治療選擇或其他與健康相關的福利和服務。	首字母縮寫
---	-------

6. 透露及同意書簽署

資料證明及護理同意書：我證明我向 Neighborcare Health 報告的登記資料目前準確無誤，並且我知悉任何對該資料失實陳述的行為均可能導致我需承擔全額支付所提供服務費用的責任。我准許醫療、心理健康和牙科工作人員對於我的健康問題的診斷和治療採用在專業和醫學上認為必要或合宜的既有的治療方法。我知悉醫療保健服務可由醫生、執業護士、醫生助理或其他獲得許可的工作人員提供。我知悉精神保健服務可由獲得許可的社會工作者，獲得許可的心理健康諮詢師或其他獲得許可的工作人員提供。我知悉，根據《華盛頓州牙科執業法案》(Washington State Dental Practice Act)，可由獲得許可的牙醫、牙科衛生員、牙科或衛生專業的學生或經過培訓的義工提供牙科護理。此授權一直有效，除非以書面形式通知首席醫療/牙科官員取消同意。該轉讓和透露表格授權 Neighborcare Health 向我的保險公司、美國聯邦醫療保險和醫療補助服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 或華盛頓州社會及健康服務部 (Department of Social and Health Services, DSHS) 透露任何所需資訊以確定相關服務的應付利益。我現授權我擁有保險單的任何保險公司將任何保險單的利益直接支付給向我提供服務的醫療保健提供者。我同意全額支付尚未由指定保險全額支付的所有費用。

簽署	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/監護人同意的情况下接受治療。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况下提供服務，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。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 並搜索「Minor Consent (未成年人同意)」。

學校健康中心 牙科檢查同意書



學校：	課室編號：	病案號 (Medical Record Number, MRN)：(用於行政用途)	
尊敬的家長或監護人： 我們在您孩子的學校提供牙齒檢查，以讓您瞭解孩子的牙齒健康狀況。您無需自付該項檢查的費用。 若您同意我們為您的孩子進行牙科檢查： <ul style="list-style-type: none">當學生回到學校進行當面課堂學習時，會繼續進行牙科檢查。若您需要牙科服務提供者，我們很樂意為您提供牙科約診資訊，或者為您預約看診時間。我們會將您孩子的檢查結果傳送給您。此資訊可能會與您孩子的學校共享。若我們有需要就您孩子的牙齒需求而聯絡您，則可能會在您的電話上留言。		什麼是牙科檢查？ Neighborcare Health (鄰里醫療保健) 牙科服務提供者會檢查您孩子的牙齒，利用目視觀察進行評估。 他們將對牙齒塗上 氟化物塗膜 ，形成牙齒表面的保護性塗層，有助預防新蛀牙，並幫助阻止已經開始的蛀牙。 牙科檢查並不能取代孩子的牙醫所進行的全面牙科檢查。	
家長或監護人，請填寫以下資料並在表格底部簽署。			
學生姓名：			
名字	中間名首字母	姓氏	出生日期 / /
學生性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不指明			
家長/監護人姓名：			
名字	中間名首字母	姓氏	出生日期 / /
地址：		市：	郵遞區號：
電話號碼：			
您是否希望我們使用英語以外的其他語言聯絡您？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如是，希望是什麼語言？	
您希望如何獲取您孩子的牙科評估結果？	<input type="checkbox"/> 請在學校交給我的孩子，讓其帶回家中。 <input type="checkbox"/> 請郵寄至上方列出的地址。		
您的孩子最後一次看牙醫是什麼時候？	<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 年之前 <input type="checkbox"/> 從來沒有		
您的孩子是否有定期就診的牙醫？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	如是，在哪裡？	
您是否希望幫您的孩子尋找一位牙醫？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
此計畫無需您自付費用，但可能會向您的健康保險公司收取服務費用。請填寫此表格上的保險部分，以確保我們有最新資料。公共保險計畫一般會承保該檢查的全部費用。若有任何費用不在保險範圍內，則將由資助款項支付。均不會向參加該計畫的任何學生或家庭收取自付的開支。賬單上並不會將該檢查列為您孩子每年兩次的全面牙科檢查之一。			
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：			
簽署人姓名：			
關係：	簽署人性別：	簽署人出生日期：	/ /
簽署此表格後，即表示您同意接受兩次牙科檢查以及氟化物塗膜。			
家長或監護人簽署	日期		



社區團體 家長/監護人同意書 2020-2021 認可

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

Neighborcare Health
School-based Health Program
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 2021 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

本通知將說明您的健康資訊可能會如何付諸使用和披露。
亦將說明您可如何取得此資訊。

請仔細閱覽內容。

Neighborcare Health (鄰里醫療保健) 致力於為您提供最優質的保健服務, 同時維護您健康資訊的隱私和保密性。為此, 本通知將說明我們對您的健康資訊所實行的隱私慣例以及您享有的相關權利。

哪些人將會遵循本通知所述的隱私慣例

Neighborcare Health 的所有醫療保健專業人員、僱員、實習生、學生和義工, 將會遵循本通知所述的隱私慣例。

未經授權情況下使用和披露健康資訊

未經您授權的情況下, 我們可能會使用或披露您的健康資訊給下列個人, 或用於法律容許或要求的其他目的, 包括:

治療

為向您提供治療或服務, 我們在必要時可能會使用或披露您的健康資訊。例如, 我們可能使用您的健康資訊, 以便為您提供醫療保健, 並且可能會就您的治療方案與其他醫療保健提供者會診。

付款

我們可能會使用和披露您的健康資訊, 以便就 Neighborcare Health 向您提供的治療列出賬單計費, 並向您、保險公司或其他第三方收取款項。例如, 我們可能會共享您的健康資訊, 以便向您的健康保險公司請求付款並接收款項, 並且要確認您的健康保險公司將會為您的治療付款。

醫療保健營運

我們可能會使用或披露您的健康資訊, 以便展開某些行政、財務、法律和品質改善活動, 該等活動對於我們所經營的業務以及支援我們的治療和付款活動有其必要性。例如, 我們可能會使用您的健康資訊, 以評估向您提供的服務品質, 並評估向您提供護理服務的工作人員的績效表現。

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, 其中在法律容許的範圍內, 我們可能會向其他醫療保健提供者或實體披露您的健康資訊, 以用於治療、付款或醫療保健營運的目的。交換健康資訊能夠更快速獲得並更好協調護理, 並協助醫療保健提供者和公共衛生官員作出有根據的決定。

有組織的醫療保健安排

我們可能會與其他醫療保健提供者或醫療保健實體一同參與聯合安排, 其中在法律容許的範圍內, 我們可能會使用或披露您的健康資訊, 以便參與涉及治療、醫療保健決策覆核、品質評估、改善活動或者付款活動的聯合活動。

Neighborcare Health 參與了有組織的醫療保健安排, 其成員包括俄勒岡社區保健資訊網絡 (Oregon Community Health Information Network, OCHIN) 參與者。有關 OCHIN 參與者的最新名單, 請瀏覽 www.ochin.org。作為與 Neighborcare Health 有業務聯繫者, OCHIN 為 Neighborcare Health 以及其他 OCHIN 參與者提供資訊科技及相關服務。OCHIN 亦代表其參與者進行品質評估和改善活動。例如, OCHIN 會代表參與組織來協調臨床審查活動, 以建立最佳實踐標準並評估使用電子健康記錄系統而可能帶來的臨床利益。OCHIN 亦有助於參與者之間互相協作, 以改善內部和外部患者轉介的管理。Neighborcare Health 可能會與 OCHIN 其他參與者共享您的個人健康資訊, 或者僅在醫學治療方面有必要時, 或者用於「有組織的醫療保健安排」的醫療保健營運的目的時, 才進行健康資訊交換。

醫療保健營運可包括多個事項, 例如對您的住所位置進行地理編碼以改善您獲得的臨床利益。個人健康資訊可能包括過往、現時和將來的醫療資訊, 以及隱私規

則中所概述的資訊。在披露範圍內, 該資訊將會符合不時修訂的隱私規則或任何其他適用法律予以披露。您有權改變主意並撤回此同意, 但是, 您有可能已經按照所允許的方式提供了該資訊。此同意將一直有效, 直到您以書面形式撤銷同意為止。若您提出請求, 我們將向您提供名單, 列明已向哪些實體披露了您的資訊。

籌款活動

我們可能將您的健康資訊用於為本組織籌款, 包括將您的資料透露給代表本組織行事的基金會以籌集資金。有關籌款問題而與您進行的任何通訊, 都會給您一個明確機會可選擇退出其他籌款活動。

其他未經授權情況下使用和披露您的健康資訊

- 符合州和聯邦法律規定的情況下。
- 與您聯絡以便提供約診提醒、檢驗結果, 通知您有關各項治療選擇的資訊, 或告知您其他與健康相關的福利和服務。
- 提供給代表我們提供服務的第三方 (稱為「有業務聯繫者」), 例如賬單、軟體維護及法律服務。
- 向準備進行研究項目的醫學研究人員披露有關您的醫療保健資訊。
- 為防止或減輕對您的健康和安或者公眾或其他人的健康和安安全構成的嚴重和緊迫威脅。
- 若您為武裝部隊成員, 則在法律上我們有權或必須提供給軍方。
- 提供給獲授權的聯邦官員, 以進行情報、反情報或其他國家安全活動。
- 提供給獲授權的聯邦官員, 以便他們可進行特別調查或為美國總統或其他獲授權人員提供保護服務。
- 在法律上我們有權或必須提供給執法人員。

- 為申請工傷保險補償金或者針對工傷或職業病提供福利的類似計畫。
- 發生災難時，提供給協助進行救災工作的組織，以便將您的狀況和所在位置通知您的家人。
- 在法律上，我們有權或必須向死因裁判官、驗屍官和殮殮師提供有必要的資訊，以便其履行職責。
- 若您是器官捐贈人，則會將有必要的資訊提供給處理該等器官取得或移植的組織，或者提供給器官庫，有助於器官取得、移植或捐贈。
- 提供給政府、許可、審計和評審機構。
- 若您是被羈留者或處於執法人員的羈押下，則在法律上我們有權或必須提供給懲教機構。
- 提供給公共衛生當局以進行公共衛生活動。公共衛生活動包括預防或控制疾病、傷害、殘疾，以及對虐待、疏忽或家庭暴力的報告作出回應。我們可能會將您的健康資訊披露給有關人員或機構以便其按規定上報不良事件、產品缺陷或問題、生物製品偏差，或者召回、維修或更換產品。
- 當我們收到法院或公共團體發出的法院命令、傳召或其他合法指示，或者為我們自身進行訴訟抗辯時，提供給法院和律師

獲授權情況下使用和披露您的健康資訊

需取得您書面授權使用和披露：

- 心理治療記錄：在未經驗您書面授權的情況下，我們並不會披露心理治療記錄，除非在法律上另有規定容許或要求進行該使用和披露。
- 市場行銷：未經您書面授權的情況下，我們並不會參與構成出售您健康資訊的披露。受保護健康資訊的出售是指我們，或我們直接或間接與之簽約的某人，使用您的受保護健康資訊交易獲得款項的情形。
- 未成年人：使用或共享未成年人的受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 時，我們將遵守華盛頓州法律。接受與愛滋病毒/愛滋病、性傳染病 (Sexually Transmitted Disease, STD)、心理健康治療、酒精/

藥物測試和治療或者生殖健康有關的醫療保健服務的未成年人可能會請求其他人代表他們接收該資料。若未成年人並無對任何人給予書面許可，我們僅會向該未成年人提供資料。

其他使用和透露

除了本通知所描述的請求外，任何其他資料請求均需取得您的書面許可。例如，您需簽署許可表格後，我們方可將 PHI 傳送給您的人壽保險公司或您的律師。您可以隨時提出書面請求以撤銷您的許可。

您享有的個人權利

查閱和複製記錄的權利

您可請求查看您的健康記錄和賬單記錄，以便查閱和/或索取該記錄副本。查看記錄的所有請求均須以書面形式提出。在有限的情況下，我們可能會拒絕讓您取得記錄。我們可能會對您所請求的複製並傳送記錄而收取成本費用。

請求修改的權利

您有權請求我們修改您的 PHI。您須以書面形式提出請求，其中須說明為什麼應修改該資料。在某些情況下，我們可能會拒絕您的請求。

要求取得披露解釋的權利

您可提出書面請求，對某些類型的健康資訊披露取得披露解釋。披露解釋中依法豁免許多典型的披露，例如為照顧您、為您的保健服務付款，或者您已提供書面授權的情況下作出的披露。

如需請求取得披露解釋，請參閱下方聯絡資訊。我們一般會在收到您的請求後 60 天內響應您的請求，除非需要額外時間處理。

請求限制的權利

您有權請求我們對於如何使用和披露您的健康資訊施加額外限制，包括用於治療、付款和醫療保健營運，以及提供給家人、朋友或您的護理所涉及的其他人員，或用於您護理服務付款的使用和披露。如需請求施加限制，您須告知您的護理人員，或使用本通知最後列出的資訊聯絡隱私辦公室 (Privacy Office)。可能會要求您以書面形式提交請求。我們不一定會同意您的請求。若我們表示同意，則將以書面形式通知您，並將會遵守達成的協議，除非需要該部分資訊以提供緊急治療，或者在法律上要求或容許我們披露該部分資訊。

若您或家人或其他人已經代表您向醫療保健提供者全額支付了具體醫療保健服務或項目的費用，並明確要求我們，不要向您的健康計畫披露有關該醫療保健項目或服務的資訊，以進行付款或醫療保健營運之目的，則我們會同意此請求。我們一般無法限制出於醫療保健治療的目的而需要披露的資訊。

請求保密通訊的權利

您可請求我們以特定方式或在特定位置（例如僅在工作場所或家中，或僅透過郵寄函件）聯絡或傳送 PHI 給您。如需請求保密通訊，請寫信至以下地址聯絡我們的隱私官員，並說明您希望我們聯絡您時使用什麼方式或地點。我們不會詢問您提出請求的理由，我們會滿足所有合理的請求。

索取本通知紙質副本的權利

您有權隨時索取本通知的紙質副本。如需索取本通知的副本，可前往本衛生中心的所有地點，或瀏覽我們的網站 neighborcare.org，或傳送電子郵件至 privacy@neighborcare.org 聯絡隱私官員。

接收違規事件通知的權利

法律上規定您有權接收有關您的健康資訊違規事件的通知。

對本通知作出的變更

我們保留權利以變更我們的實踐慣例和本通知，並且新通知會對我們備存的所有 PHI 生效。當我們這樣做，更新後的通知將會發佈至我們的網站，並將在本衛生中心的各個地點提供。我們將應請求向您提供任何經修訂的通知。

問題或投訴

若您對您享有的隱私權有疑問，或擔心我們侵犯了您的隱私權，可傳送電子郵件聯絡 Neighborcare Health 的隱私官員：privacy@neighborcare.org。您亦有權向衛生及公共服務部部長 (Secretary of Health and Human Services) 提出投訴。您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