

City of Hope National Medical Center and
The California Cancer Specialists Medical Group, Inc.
dba City of Hope Medical Group

一個以知識的力量拯救生命的地方SM 1500 East Duarte Road, Duarte, California 91010-3000

個人資料保密施行要點公告

本公告詳述，在何種情況及條件下，.的病.可能如何被
取用與公開，以及.如何取得.自身病.的方法。請務必詳讀。

如果.對此公告有任何問題，請與我們聯絡

希望之城（City of Hope）病患法律顧問，電話(626) 359-8111，分機62285。

I. 保護.病的隱密是我們的責任

依法律規定，我們有責任將.個人的病.（personal health information, PHI）保
密，我們也有責任告知，我們對於.的個人PHI，所應盡的法律責任及隱私
權的執行範圍。本公告詳述.個人PHI在被取用或公開時，法律所賦予.的權
利及我們應盡的義務，並告知，有關.個人PHI特別保護之相關法律。

本公告對於隱私權的執行與遵守，適用於所有下列單位之醫療保健專業人員、
員工、約聘人員、以及學生和義工：

希望之城國家醫療中心（COHNMC）-- 器官捐贈/血液分離中心/骨髓捐贈項
目之非病患服務人員除外-- 地址：1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010-
3000;

加州癌症專科醫療集團公司（California Cancer Specialists Medical Group,
Inc.），以希望之城醫療集團（COH Medical Group）之名義，並只在希望之
城國家醫學中心杜亞泰（Duarte）校區服務的各單位。及

非希望之城醫療集團（COH Medical Group）聘用的COHNMC醫療人員，且
為以下類別的COHNMC任用人員：僅於希望之城國家醫學中心

（COHNMC）杜亞泰校區服務之現任、兼任、客座、顧問、短期、及傳呼
支援之人員，及教師和研究人員。

本公告中所述之COHNMC，在某些特定情形下，亦包含「希望之城醫療集團」
（COH Medical Group）（如上述之定義）。當COHNMC及COH Medical Group共
同提供醫療服務時，此二單位會因診療、收費、或行政上的需要，互相提供.
的個人PHI。

在我們取用或公開.的個人PHI時，都必須遵守此「個人病.保密施行」要點
中之規定。

II. 在何種情況下我們可以取用及公開.的個人PHI

（不需經過授權）

在聯邦、州或當地法律的要求下，我們有義務公開.的個人PHI。例如，依規
定，我們必須向中央疾病管理局呈報某些高傳染性的疾病。此外，依法律的授
權，在下列幾種情形下，我們也可以公開.的個人PHI：

一個以知識的力量拯救生命的地方SM

個人資料保密施行要點公告

提供醫療服務時

.的醫生會參考.的病.來決定是否進行某種特定的診斷測試、療程或處方。

所以當.就診時，.的醫生有時會請.檢視部.的病.，如實驗室報告或出院

須知，來助瞭解目前所接受的治療。因此，醫生、護士、檢驗師、實習醫生、或其他人員或許有必要知道或討論的健康情形，來替施行療程及評估對療程的反應。

COHNMC的不同部門也有可能會互通的個人PHI，以配合提供所需要的服務，例如：處方開藥、實驗室結果及X光。的個人PHI也有可能被轉移給COHNMC以外的其他相關醫療單位，例如：當轉診至一家醫療機構時，的病也會被轉移至此家機構，以延續的治療工作。

約診提醒、試驗結果、替代療程等等：的個人PHI也會被用在聯絡提醒約診時間(由電話通知或書面信函通知等)、通知診斷結果、及告知療程選擇項目。

醫療保健相關的福利及服務：的PHI也可能被用於告知由COHNMC所提供、或許會有興趣知道的健康相關福利及服務訊息。包括教育性講座、特別活動及互助團體。COHNMC定期贊助多項年度醫療保健活動，或許會有興趣參加，例如：糖尿病患保健園遊會、年度骨髓移植者聚會以及兒童保育野餐會。

款收費時

如果的醫療費用是由保險公司支付，我們會直接將的費單寄到的保險公司，在此種情形下，我們必須載明的身分識別以及的診斷、療程及所用的醫療用品，以取得的醫療補助款項，例如：我們可能需要提供給的保險公司，在COHNMC所接受之開刀治療的相關資訊，以取得保險公司給予醫院的付費或退還給的手術補助費用。我們也有可能告知的保險公司將接受的療程，以取得事前的認可或確定的保險公司是否會支付此項療程的費用。

執行醫療保健業務時

我們也會將的PHI用於醫療保健業務的執行上。身爲一所教學性及研究性的醫學中心，我們有權將的相關資訊用於員工的教育訓練及學生的病患照顧實習上。我們也得以將的PHI用於醫院部醫療服務的監控、品質的評估及改進的用途上。COHNMC的員工可能會因行政、教學及訓練活動所需，而檢視部的醫療記。我們的員工均受過保密及病患醫療資料隱私方面的訓練。

慈善募款活動

我們也可能有限度地將的資料(例如：的名字、住址、電話號碼及在COHNMC接受治療的日期)透露給希望之城。希望之城是加州的一個非營利機構，專為(COHNMC)及希望之城貝克曼(Beckman)研究院從事募款工作。

上述之有限度的資料公開，提供給我們與聯絡募款的機會，以擴大及支持我們所提供的醫療保健服務與社區教育課程，以及所從事的研究，期能為威脅生命的疾病找到治療的方法。如果不希望接到任何募款相關的聯絡電話，請以書面信函通知希望之城行銷公關部，資深副部長，地址：COHNMC, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010.

2

一個以知識的力量拯救生命的地方SM

個人資料保密施行要點公告

製作病患通訊時

當是COHNMC的病患時，我們會限制性地將某些關於的資料，例如的

名字、住址、健康況（如：一般、穩定之類）及宗教信仰，編入患者通訊中。此資訊是釋出給的家人、親友及教士，以供他們了解的身體況及探視的資訊。除非有特別的指示，任何人詢問與相關的資訊時，除了的宗教信仰外，上述資料將會被釋出。院方可能會將的宗教信仰告知教士，例如神父或猶太教教士，即使他們並無特意地提到的姓名。如果不願意 COHNMC 將的資料公開在患者通訊中，請通知以下單位：COHNMC 住院室，醫學大樓，2、3、4 室，分機：64412。

知會與醫療照顧及費用有關的個人

除非有特定的指示，在專業的評斷下，我們可以使用或將的 PHI 告知的家人、親戚、朋友、或所指定，與的醫療照顧有關或助支付醫療費用的其他人員（包含的保險公司）。

在緊急的情況下或在無意識能力時，我們得根據我們的業判斷，在對最有利的情形下，來決定是否向某個特定人士透露的資料。在此情形下，我們只透露，在我們認為，與此特定人選相關的醫療或費用資訊。此外，我們也可將的資料提供給緊急救難人員，以便通知家人，告知的身體況及所在地點。

研究目的用途

我們得將的 PHI 用於研究計劃上。所有需使用到 PHI 的研究計劃，均須通過 COHNMC 審委會 (IRB) 的審，以確保合理使用個人資料的。除非 IRB 開立了免除知會同意及授權的許可，在任何研究人員取得的名字、住址或其他身識別的資料前，我們會先向取得書面許可（〈書面同意〉及〈授權書〉）。在某些特定的案件中，在研究開始或自身參與成為研究對象之前，的 PHI，有可能會在取得的書面同意及授權書之前，即提供給相關的研究人員。COHNMC 會在有限制的範圍，且為本中心研究任務之一部的情形下，行使此一行為。例如：我們可能將的醫療資訊提供給正在準備新研究計劃的人員，助他們尋找有特定醫療況的患者，以及/或助他們評估研究的可行性（實驗對象的邀約及審研究的預備工作），前提是資料不得外流到 COHNMC 之外。

其他法律規定或許可的使用範圍：

公共衛生保健相關活動：我們得將的 PHI 提供給經授權的公共衛生保健的相關活動：其目的為預防或控制疾病、傷害或傷殘；依美國聯邦食品及藥物管理局之規定或許可，呈報品及服務相關的資訊；依法律規定，向的顧主呈報工作相關的疾病和傷害或工作場所醫療監督的相關資料。

侵害、疏忽、或家庭暴力受害者：在合理的情形下，如果我們認為是侵害、疏忽、或家庭暴力的受害者，我們得將的 PHI 提供給法律授權之政府機構，包括：社會服務局及保護組織，獲得此類侵害、疏忽或家庭暴力的報告。

醫療保健監督的相關活動：我們得將的 PHI 提供給，負責監督政府醫療保健規定是否得以貫徹之行的監督機構，例如：聯邦醫療保險 (Medicare) 或政府醫療保險 (Medicaid)。

個人資料保密施行要點公告

司法及行政程序：在下列的法律或行政程序中，我們得向有關單位提供的PHI(A)法院傳令；(B)州或聯邦行政單位或證照審會所發出的，有法律效用的傳令，(C)法院傳票、證據需求或其他法律相關程序，但是會試著事先通知，的PHI被索取的事實後，才會提出，所以可以有時間向法院請求資料保護。

執法人員：在有限制、許可範圍，或配合法院命令或大陪審團或行政傳票的情形下，我們得將的PHI提供給警察或其他執法官員。

死亡：我們得將的PHI提供給驗屍官、醫療檢驗師或喪禮從業人員。

器官及組織的取得：我們得將的PHI提供給器官、眼睛、或身體組織的購買機構、銀行或移植施行單位，以協助器官的捐贈及移植。

衛生或安全：我們得公開的PHI，以預防或減輕對某人或公共衛生安全的嚴重及危急的威脅。

政府的專門用途：在某些特定的情況下，我們得使用及提供的PHI給某些具專業功能的政府機構，例如：美國軍隊或美國國務院。

職工理賠：依據州法律的授權及配合職工理賠或其他類似的保險理賠方案的需要，我們得提供的PHI。

III. 須要取得書面授權的使用及公開範圍

須取得書面授權的使用及公開範圍(COHNMC 授權)

除了上述第二段所列的用途外，若作為其他用途，只有在取得的書面授權允許後，方能使用或公開的PHI。COHNMC 準備了一受保護病之使用及公開授權書(COHNMC 授權)，供此目的使用，例如：在我們將的PHI 寄送給保險公司或雇主前，需請簽署一給COHNMC 的授權書。

行銷活動(COH 行銷授權書)

在寄送任何行銷資料前，我們也必須取得使用的PHI 的授權（COH 行銷授權書）。但是在以下的情形下，沒有強制規定要取得行銷授權書。我們得在以下的情形下主動聯絡：(1) 提供醫療保健相關的品及服務資訊；(2) 提供與療程相關的服務或品資訊；(3) 提供專案管理、醫療照顧協調或建議替代療程、療法、醫療提供者或醫療照顧環境之相關服務或品的資訊；(4) 面對面提供行銷資料；及(5)贈與價不高的優惠禮物。

對於高度機密資料的使用及公開

依聯邦及州法律之規定，有關的PHI中，某些高度機密的資料(“Highly Confidential Information”)應予以保護，包括以下PHI的部分：(1)保存在心理-社會相關案中的資料；(2)有關心理衛生及發育性殘疾醫療服務；(3)酒精及藥品濫用的預防、治療及轉診的相關資訊；(4) HIV/AIDS 試驗、診斷或治療的相關資訊；(5) 性病的相關資訊；(6)基因試驗的相關資訊；(7) 兒童虐待及疏忽的相關資訊；(8) 殘障成人家庭暴力的相關資訊；或(9) 性侵害的相關資訊。除了法律許可或規定的用途之外，在公開的高度機密資料之前，我們必須取得的書面授權。

個人資料保密施行要點公告

IV. 有關PHI的相關權利

對於本中心所保存的醫療保健相關資料，在使用及公開的事宜上，有以下權利：

要求增加使用及公開的限制範圍的權利

可以要求增加我們在診療、收費及行政上對於個人醫療保健資料之使用及公開的限制範圍。雖然我們會對所有增加限制的要求嚴加考慮，但沒有規定我們必須接受的要求。如果有意要求增加額外的限制，請至以下地點之COHNMC，資料保密處索取申請表，地址：1500 E. Duarte Road, Wing 4, Room 415, Duarte, CA 91010-3000。在填妥及送交申請表後，我們會以書面信函通知申請結果。

要求隱密聯絡方式的權利/要求選擇我們與的聯絡方式的權利

可以要求選擇以任何合理的替代方式或於任何合理的替代地點來接收的PHI，我們也會儘可能地來配合。例如，可以要求我們只能在的工作時間與聯絡或只以書信往來。必須將的申請傳送到住院室或以下醫學中心，任何一處的病患登記掛號處：新病患服務、布羅爾曼診所（Brawerman Clinic）之預約/掛號櫃台、放射科或婦女健康中心之預約/掛號櫃台。

電子郵件通知特別公告：或許希望透過電子郵件與COHNMC聯絡或與的診療小組溝通。如果提出要求或主動寄電子郵件給我們，我們可以與以電子郵件的方式聯絡，但是電子郵件畢竟沒有經過加密且沒有安全防護，在經由網際網路傳輸時，COHNMC無法保護PHI的隱密，傳輸時，也無法保證的資料不會被第三者取。

撤銷授權的權利

如果曾簽名授權可以公開資料，除了我們已公開的部分之外，可以在後續的時間撤回上述授權，以防止其他資料在未來被使用及公開。如果想要撤銷先前所簽署的授權，必須以書面的方式，將的撤銷請求寄送至以下單位：醫療保健資料管理服務部門主管，地址：Health Information Management Services, Brawerman Building Room BC03, City of Hope National Medical Center, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000。

有權利檢視COHNMC所保存的病或費紀，或申請取得上述資料之副本，申請人請填妥並交下列之醫院表格- 授權使用及透露受保護之醫療保健資料（Authorization to Use and Disclose Protected Health Information）。索取表格請電洽：(626) 359-8111，分機：62446。填妥並簽名後之授權表，必須送交至以下單位：資料釋出專員（Release of Information Specialist），Health Information Management Services, Brawerman Building Room BC03, City of Hope National Medical Center, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000。我們會向酌收工本費，如果要求郵寄資料，我們也須向酌收郵費。

在少數特別的情形下，我們也可能不接受檢視資料或申請副本的請求，如果取得病資料的請求被拒，可以要求複審。

更正病的權利

如果認為的病或費紀有任何錯誤或疏漏，有權利以書面的方式，要求改正或補充疏漏之資料。請向COHNMC醫療保健資料管理服務部（Department

of Health Information Management Services) 索取資料更正申請表，填妥並簽名後，請送交至以下單位：部門主管，醫療保健資料管理服務部，Department of Health Information Management Services,

5

一個以知識的力量拯救生命的地方SM

個人資料保密施行要點公告

Brawerman Building Room BC03, City of Hope National Medical Center, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000。如果我們不接受您的更正請求，您可以指示本單位，將上述之請求的副本加入您的病案中。

取得公開項目清單的權利

在下列條件下，您可以申請一公開項目清單（也稱清單，accounting），詳細記載在提出要求之前的指定的時間，由COHNMC所公開的資料：(a) 指定的時間不超過六年；(b) 醫療、費、醫療行政及其他特定用途方面的資料，不包括在清單列舉項目中；及(c) 2003年四月十四日以前所公開的資料，亦不包含在清單項目中。欲申請清單者，請向COHNMC，醫療保健資料管理服務部

(Department of Health Information Management Services) 索取公開項目清單申請表，填妥並簽名後，請送交至以下單位：部門主管，醫療保健資料管理服務部，Department of Health Information Management Services, Brawerman Building Room BC03, City of Hope National Medical Center, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000。

您的第一清單（12個月）是免費的，但後續的清單，我們就可能會向收取適當的費用。我們會事先告知所需交的費用，在正式送交處理前的任何時間，都可以將您的申請撤回。

取得本公告書面副本的權利

即使已從我們的網站Website, www.cityofhope.org 取得本公告的電子版本，還是有權利索取書面副本。欲索取書面副本者，請電洽病患法律顧問(626) 359-8111，分機：62285。

取得更多資訊的權利；申訴

如果您需要更多與隱私權相關的資訊，或者認為我們已侵犯了您的隱私權，或對於我們在取得個人資料的處理上有不同意的地方，您可以與希望之城病患法律顧問連絡，地址、電話如下：City of Hope National Medical Center, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000，電話：(626) 359-8111，分機：62285。您也可以以書面的方式直接向美國醫療人事服務部公民權利處(Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services)處長申訴。收到您的請求後，病患法律顧問會提供該處長的地址。不論是向COHNMC或公民權利處處長提出申訴，我們均不會採取任何對不利的行動。

V. 本公告的有效期限及修改更正

本公告自2003年4月14日起正式生效。本單位保留隨時對本公告修改更正的權利。若本公告有所更改，我們有權將新的條款適用於所有現有或可能在將來獲得有關的個人醫療資料上。若有任何更改，我們會將新的條款公於COHNMC，及我們的網站上- www.cityofhope.org。此外，當前往COHNMC掛號時，不論是住院或門診，都可以向以下單位索取最新的條款公告，索

取地點：掛號處，醫療大樓2、3、4室，電話：(626) 359-8111，分機：64412。
6

病患回函

有關希望之城國家醫學中心（COHNMC）及希望之城醫療集團
（COH MEDICAL GROUP）個人資料保密施行要點

希望之城國家醫學中心（COHNMC）及希望之城醫療集團（COH MEDICAL
GROUP）（通稱“COHNMC”），依誠信原則，向患者取得書面回函，表示
已收到此個人資料保密施行要點公告。有權於簽名前，仔細讀本公告。
在簽署本表格的同時，代表已收到一本單位的現行資料保密施行要點公告。

患者姓名--請以正楷書寫（名，姓，中間名）

患者或合法代理人簽名日期

若是合法代理人，請明與患者的關係：
父母監護人 保護人 代理人

合法代理人替代患者簽署，請以正楷書寫全名

患者其他資料（以郵件覆函時，請填寫以下資料）：

患者的出生年月日： _____

患者的現址： _____

患者的電話號碼：（ _____ ） - _____

希望之城醫療中心

(City of Hope National Medical Center)

1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010

病患回函

關於希望之城國家醫學中心（COHNMC）及
希望之城醫療集團（COH MEDICAL
GROUP）個人資料保密施行要點

ELT: 03/03

患者身分

白：病..：患者