

保护私隐通知

KAISER PERMANENTE — 北加州区域

本通知说明了与您有关的医疗信息可能如何遭到使用和披露，以及您如何获取这些信息。

请仔细阅读本通知。

在本通知中，我们使用“我们”及“本公司”来指称 **Kaiser Permanente**—北加州区域。如需更多详细信息，请参阅本通知的第四部分。

I. 什么是“受保护健康信息”？

您的受保护健康信息 (**Protected Health Information, PHI**) 是可识别个人身份的健康信息，包括人口统计信息、与您过去、现在或未来身体或精神健康或状况、您所接受之保健服务，以及过去、现在或未来保健服务付款相关的信息。人口统计信息是指您的姓名、社会安全号码、地址及出生日期等信息。**PHI** 也包括人种 / 族裔、语言、性别认同、性取向及代词等数据。

PHI 可能包括口头、书面或电子形式。**PHI** 的示例包括您的医疗记录、索赔记录、入保或退保信息，以及您与保健业者之间关于您医护服务的沟通内容。

如果您的 **PHI** 已根据《健康保险携带和责任法案》(**Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA**) 标准去除身份信息，则该信息将不再属于 **PHI**。

如果您是 **Kaiser Foundation Health Plan** 的会员，同时也是任何 **Kaiser Permanente** 公司的员工，**PHI** 不包括您雇佣记录中的健康信息。

II. 关于我们保护您 **PHI** 的责任

根据法律，我们必须：

1. 保护您 **PHI** 的私隐；
2. 告知您关于您 **PHI** 的权利以及我们的法律责任；
3. 在您未加密的 **PHI** 发生泄露时通知您；以及
4. 向您说明我们的保护私隐规定，并遵循现行有效的通知。

我们非常重视这些责任，并已采取行政管理安全措施（如安全意识训练及政策与程序）、技术性安全措施（如加密与密码）及实体安全措施（如上锁区域与识别证要求）来保护您的 **PHI**。和往常一样，我们将继续采取适当措施来保护您 **PHI** 的私隐。

我们可能会依后续页面所述，并在《健康保险携带和责任法案》(**HIPAA**) 法规批准的许可范围内，向他人披露您的 **PHI**。若您的 **PHI** 被接收者进行任何再次披露，其便不再受到 **HIPAA** 保护。

III. 您对您 **PHI** 所拥有的权利

本节将为您说明您对您 **PHI** 所享有的权利，以及您可如何行使这些权利。

您访问和更正您 PHI 的权利

除了某些例外情况外，您有权查看或获取一份我们保存在记录中，且与您医护服务或医护服务相关决策或医护服务付款有关之 PHI 的複本。在某些例外情况下，则必须以书面形式提出要求。我们可能会就您 PHI 的複本、概要或说明向您收取合理的成本费用。

若我们未持有您所要求的记录，但我们知道谁持有该记录，我们将会告诉您该与谁联系以索取该记录。在少数情况下，我们可能会拒绝您查看或获取您记录複本的部分或所有要求；若我们这么做，我们将会以书面方式向您说明理由，并解释您要求针对我们拒绝决定进行审查的权利（如有）。

如果您认为您的 PHI 有误或缺少重要信息，您可以要求我们更正记录或添加内容。要求必须以书面方式提出，告知我们您要求更正或添加的内容，以及应进行更正或添加的理由。在审查您的要求后，我们将会以书面方式作出回应。如果我们批准您的要求，我们将会对您的 PHI 进行更正或添加内容。如果我们拒绝您的要求，我们将会告知您理由，并说明您提交书面异议声明的权利。对于每一笔您认为不正确或不完整的记录，您的声明内容必须限制在 250 个字以内。您必须以书面方式明确告知我们，您是否希望我们未来在披露您该部分的记录时包含您的声明。我们可能会附上概要而非您的声明。

请向您接受医护服务的 **Kaiser Permanente** 设施或诊所提交所有书面要求。如果您需要该地址，请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 与会员服务电话中心联系。但如果您不知道您需要的记录位于何处，请写信给我们，地址为 **Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor.**

您选择我们如何发送 PHI 给您或其他人的权利

您可以要求我们将您的 PHI 发送到不同地址（例如您的工作地址），或以不同方式发送（例如以传真而非一般邮件）。

如果您的 PHI 是以电子方式存储，您可以要求 **Kaiser Permanente** 提供电子格式的记录複本。您也可以向 **Kaiser Permanente** 提出具体的书面要求，以将您 PHI 的複本传送给指定的第三方。我们可能会收取合理的成本费用。

您获得机密通讯的权利

您有权要求我们使用替代邮寄地址、电邮地址或电话号码与您沟通健康相关事宜。

您可以向我们提供替代地址，以便我们将有关您接受敏感性服务（与精神或行为健康、性与生殖健康、性接触传染、药物滥用障碍、性别肯定护理及亲密伴侣暴力相关的健康护理服务）的通讯直接发送给您。如果您未指定替代地址，我们将按照档案中的地址或电话号码，以您的名义发送所有与您接受敏感性服务有关的通讯。

本段落所述的通讯应包括以下书面、口头或电子形式的通讯：

(i) 账单及催收付款的通讯。

(ii) 不利福利裁决通知。

(iii) 理赔说明通知。

(iv) 健康保险公司索取额外索赔资讯的要求。

(v) 争议索赔的通知。

(vi) 保健业者的姓名与地址、所提供之服务的说明，以及与就诊有关的其他资讯。

(vii) 任何包含受保护健康资讯的健康保险公司书面、口头或电子形式的通讯。

如欲提供接收保密通讯的保密地址，您可以填写位于 **KP.org** 首页最下方的「保密通讯申请表」，或致电 **1-800-464-4000 (TTY 711)** 联系会员服务电话中心以寻求协助。

您获取 **PHI** 披露记录的权利

您可以要求我们提供一份您的 **PHI** 披露清单。请写信给我们，地址为 **Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor**。您有权在任 12 个月期间内免费获取一份披露记录。如果您在 12 个月内要求任何额外的记录，我们可能会收取费用。

披露记录不包括某些披露，例如符合以下情况的披露：

- 用于提供治疗、付款及保健运营；
- **Kaiser Permanente** 已取得您签署的授权书；
- 向您披露您的 **PHI**；
- 来自 **Kaiser Permanente** 设施名录的披露；
- 为了灾难救援通知目的；
- 向参与您医护服务或担任您代表的人士披露；或
- 不属于披露记录权利涵盖范围的披露。

您也有权取得中介机构所提供的披露记录清单，此类披露係在药物滥用障碍 (**Substance Use Disorder, SUD**) 计划中经书面同意后所进行。披露清单仅限自您提出要求之日起最近 3 年内所进行的披露。

您要求对 **PHI** 的使用与披露方式设定限制的权利

您可以要求我们仅有基于治疗、付款及保健运营目的才使用和披露您的 **PHI**。我们将会审查并考虑您的要求。您可以写信给您接受医护服务的 **Kaiser Permanente** 设施或诊所，请其审查您的要求。如果您需要该地址，请致电 **1-800-464-4000 (TTY 711)** 与会员服务电话中心联系。但如果您不知道您需要的记录位于何处，请写信给我们，地址为 **Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor**。

我们不一定要同意您的要求，除非您要求限制保健计划或保险公司仅基于付款或保健运营目的才进行披露，且该用品或服务已由您全额自付费用。不过，我们仍可基于为您提供治疗之目的将信息披露给保健计划或保险公司。如果服务并非由您本人也非由他人代您全额自付，则我们不一定要同意您限制仅基于保健运营、付款或治疗目的的使用或披露 PHI 的要求。如欲要求限制将 PHI 仅用于付款或保健运营之目的，请在您接受服务前于接受医护服务的 **Kaiser Permanente** 设施或诊所提出限制要求。

您索取本通知纸质複本的权利

您也有权在提出要求后，获取本通知的纸质複本。

IV. KAISER PERMANENTE 公司需受到本通知的约束

本通知适用于 **Kaiser Permanente** 北加州区域，其中包括

- **The Permanente Medical Group (TPMG) ;**
- **Kaiser Foundation Health Plan Inc.,** 包括其保健计划与保健业者运营部；以及
- **Kaiser Foundation Hospitals (KFH)。**

我们的保健服务提供地点包括 **Kaiser Permanente** 诊所、医院、门诊手术中心及区域内其他 **Kaiser Permanente** 设施、会员电话谘询与约诊中心，以及我们的会员网站和行动应用程序。

为了为您提供您所期望的保健服务、为您进行治疗、支付您的医护服务费用，以及执行我们的运营（例如质量保证、认证、执照及合规性），上述 **Kaiser Permanente** 公司会互相共享您的 PHI。

我们的工作人员可能会以不同身份查看您的 PHI，包括员工、医生、**KFH** 设施的专业工作人员及其他获得授权在 **KFH** 设施医疗记录中输入信息的人员、志工或以其他身份与我们合作的人员。

V. 我们可能会如何使用及披露您的 PHI

我们十分重视您的机密。我们的医生及员工均需维护会员 / 患者 PHI 的机密性，我们也制定了政策与程序以及其他安全措施，以帮助保护您的 PHI 免于遭到不当使用和披露。有时候，法律允许我们在未取得您书面许可的情况下使用和披露某些 PHI。我们在下方简要说明了这些使用与披露方式，并为您提供一些示例。

在未取得您书面许可的情况下，使用或披露的 PHI 程度会因情况而异，例如依意图使用或披露的目的而定。有时候，我们只需使用或披露有限数量的 PHI，例如发送约诊提醒通知或确认您是保健计划的会员。在其他情况下，我们则可能需要使用或披露较多的 PHI，例如在提供医学治疗时。

- **治疗：**这是使用与披露您 PHI 最重要的用途。例如，我们的医生、护士及其他参与您医护服务的保健人员（包括受训人员）会使用 and 披露您的 PHI，以诊断您的病症并评估您的保健需求。我们的工作人员将会使用和披露您的 PHI，以提供及协调所需的医疗护理与服务，例如处方药、X 光检查及化验。如果您需要由不属于 **Kaiser Permanente** 的保健业者所提供的医护服务（例如协助您满足居家保健需求的社区资源），我们可能会向他们披露您的 PHI。

- **付款：**我们可能需要您的 **PHI** 来判定我们是否需负责支付您所接受之治疗和健康相关服务的费用，或让我们可以进行请款及收取款项。例如，我们可能有义务支付您从外部保健业者处所获取的保健服务费用。当您或保健业者发送保健服务的账单给我们时，我们会使用和披露您的 **PHI**，以判定我们应负责支付多少账单费用（如有）。
- **保健运营：**我们可能会使用和披露您的 **PHI**，以用于某些保健运营，例如质量评估与改进、保健专业人员的训练与评估、执照管理、认证，以及决定提供保健服务的保费及其他费用。
- **业务合作伙伴：**我们可能会与业务合作伙伴签约，代表我们执行某些职务或活动，例如付款及保健运营。这些业务合作伙伴必须同意保护您的 **PHI**。
- **约诊提醒：**我们可能会使用您的 **PHI** 与您联系，提醒您治疗约诊或您可能需要的其他保健服务。
- **身份验证：**我们可能会为了身份识别目的替您拍照，并将照片存入您的医疗记录中。这么做是为了保障您的权益与安全，但您可以选择退出。
- **健康信息交换：**我们可能会通过健康信息交换 (**Health Information Exchange, HIE**) 网络，以电子方式与其他组织共享您的健康信息。这些其他组织可能包括医院、化验室、保健业者、公共卫生部门、保健计划及其他参与者。**Kaiser Permanente** 在各 **Kaiser Permanente** 区域之间运作一个 **HIE** 网络，同时与 **Kaiser Permanente** 外同时也拥有电子医疗记录系统之其他保健业者参与多个 **HIE** 网络。以电子方式共享信息能更快速地将您的健康信息提供给正在为您提供治疗的保健业者。例如，如果您前往某间与 **Kaiser Permanente** 参与相同 **HIE** 网路的医院急诊室就诊，急诊室医生将可查看您的 **Kaiser Permanente** 健康信息，以帮助为您作治疗决定。**HIE** 的参与者（如 **Kaiser Permanente**）必须遵守保护您健康与个人信息私隐和安全的规定。
 - 您可自行选择是否要参与 **HIE**。您可随时选择不通过 **HIE** 以电子方式共享您的信息（「选择退出」），只需填写「**Health Information Exchange Opt-Out**」（退出健康信息交换）表格即可，您可在[此处](#)获取该表格。如果您选择退出 **HIE**，这绝对不会影响您在 **Kaiser Permanente** 可以使用的医护服务。
 - 如果您的医疗记录中包含某些根据州法律或联邦法律规定，需要您同意才能共享的信息（例如来自药物滥用障碍计划的信息），则在您表示同意之前，**Kaiser Permanente** 将不会通过 **HIE** 将此类信息披露给其他为您提供治疗的保健业者。如欲确认 **Kaiser Permanente** 在通过 **HIE** 披露您的记录之前是否需要经过您的同意并提供同意书，请点此处<https://healthy.kaiserpermanente.org/health/mycare/consumer/my-health-manager/my-medical-record/authorize-sharing/>（英文）
 - 根据加州法律规定，与堕胎及堕胎相关服务有关的医疗信息将不会通过 **HIE** 与加州以外的机构共享，除非您已提供有效授权，或法律允许在未获得您授权的情况下进行共享。

- **特定类型的 PHI：**某些类型的 PHI 在使用和披露方面有更严格的要求，例如精神健康及药物和酒精滥用患者的信息、人类免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 测试及基因测试信息。不过，在某些情况下，这些类型的信息仍可能在未经您授权的情况下遭到使用或披露。如果您成为我们药物滥用障碍 (SUD) 计划的患者，我们会依照法律要求，为您提供一份另外的书面通知，说明您在 SUD 计划中 PHI 的私隐权。
- 针对由 SUD 计划产生之药物滥用障碍 (SUD) 记录的使用和披露，您可以提供单次同意书，用于未来所有与本通知所述之治疗、付款及保健运营有关的使用或披露。在您提供此单次同意书后，除非您以书面形式撤回您的同意书，否则我们可在 HIPAA 法规允许范围内，基于治疗、付款和保健运营目的的使用和披露这些记录。
- **核保：**在适用法律允许的范围内，我们可能会基于核保目的使用及披露您的 PHI，包括判定福利资格和保险费用，以及进行与核发福利保单有关的其他活动。不过，在基于核保目的查看或披露信息时，我们会排除基因信息、人种 / 族裔、语言、性别认同、性取向及代名词数据。您的基因信息包括与您基因测试、您家人的基因测试，以及由您或您任何家人所提出要求或接受之基因服务的相关信息。
- **在您在场的情况下与家人或其他人进行的沟通：**有时候，当我们与您讨论您的 PHI 时，可能会有家人或参与您医护服务的其他人在场。如果您反对这些人在场，请告知我们，我们将不会讨论您的 PHI，或者我们将会请这些人士离开。
- **在您不在场的情况下与家人及其他人的沟通：**有时候，在紧急情况下、您不在场的情况下，或者您不具备作出同意或反对决定能力的情况下，我们可能需要向您的家人或参与您医护服务的其他人士披露您的 PHI。在这些情况下，我们将会利用专业判断，判定披露您的 PHI 是否符合您的最佳利益。若是如此，我们会将披露内容限制在与该人士参与您保健服务直接相关的 PHI。例如，我们可能会允许某人代您领取处方药。
- **灾难救援情况下的披露：**除非您在当下提出反对，否则我们可能会向公共或私人灾难救援组织披露您的姓名、居住城市、年龄、性别及一般状况，以协助灾难救援工作。
- **向作为未成年人个人代表的父母披露：**在大多数情况下，我们可能会向您披露您未成年子女的 PHI。然而，在某些情况下，我们可以甚或法律要求我们拒绝您访问您未成年子女的 PHI。我们必须根据保健服务类型而拒绝此类查看的例子包括，当年满 12 岁或 12 岁以上的未成年人因传染病或相关病症而寻求医护服务时。我们必须拒绝让父母查看的其他情况包括，当未成年人拥有成人权利，可以自己作健康护理决定的情况。这些未成年人包括像是曾经或目前已婚的未成年人，或法院宣告脱离监护的未成年人。
- **设施名录：**当您是我们其中一家设施的患者时，我们可能会创建一份名录，其中包含您的姓名、病房位置及整体状况。我们可能会将这些信息披露给指名寻找您的人士。此外，我们可能会将您的宗教信仰（若有）提供给神职人员。您可以反对使用或披露这其中的部分或全部信息。如果您提出反对，我们将不会向访客或其他民众披露这些信息。

- **研究：**Kaiser Permanente 进行广泛且重要的研究。我们的部分研究可能涉及医疗程序，另一些研究则仅限于健康数据的收集与分析。所有类型的研究都可能会使用或披露您的 PHI。若经人体试验审查委员会 (Institutional Review Board, IRB) 批准，通常可以在未经您许可的情况下使用或披露您的 PHI 以用于研究用途。IRB 是依联邦法律负责审查与批准人体受试者研究的委员会，旨在保护参与者的安全以及 PHI 的机密性。
- **器官捐赠：**我们可能会使用或披露 PHI 给器官劝募组织，以协助器官、眼睛或其他组织的捐赠。
- **公共卫生活动：**公共卫生活动涵盖由政府机构为了促进及保护公共卫生所执行或授权的许多职务，并可能需要我们披露您的 PHI。
 - 例如，作为向公共卫生主管机关通报某些疾病、伤害、病况及重要事件（如出生）之义务的一部分，我们可能会披露您的 PHI。有时候，我们可能会将您的 PHI 披露给您可能接触过的传染病患者，或可能有感染或传播疾病风险的其他人士。
 - 食品及药物管理署 (Food and Drug Administration, FDA) 负责追踪与监控某些医疗产品（例如起搏器及人工髋关节），以识别产品问题、故障及可能造成的伤害。如果您曾获得这些其中一项产品，我们可能会使用并向 FDA 或其他获得授权的个人或组织（例如产品制造商）披露您的 PHI。
 - 我们可能会在必要时使用并披露您的 PHI，以遵守联邦及州法律中关于工作场所安全的规定。
- **健康监督：**身为保健业者及保健计划，我们需要接受联邦及州政府机构的监督。这些机构可能会对我们的运营及活动进行稽核，而在此过程中，他们可能会查看您的 PHI。
- **向您的雇主或员工组织披露：**如果您通过雇主或员工组织入保 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.，我们可能会在未经您授权的情况下与他们分享某些 PHI，但仅在法律许可范围内。例如，我们可能会披露您的 PHI 以处理工伤赔偿索赔，或确认您是否已入保计划或保费是否已由他人代您支付。针对其他用途（例如由您雇主或员工组织代您提出的查询），我们将在适用法律规定需要时取得您的授权。
- **工伤赔偿：**我们可能会使用并披露您的 PHI，以遵守工伤赔偿相关法律。例如，我们可能会将与您工作相关伤害或疾病的医疗信息传达给索赔管理员、保险公司及其他负责评估您工伤赔偿福利索赔的人士。
- **军事活动及国家安全：**我们有时候可能会使用武装部队人员的 PHI 或将其披露给相关军事主管机关，但前提是他们认为这对正确执行军事任务具有必要性。我们也可能会在国家安全与情报活动，或为保护总统及其他政府官员与要员的必要情况下，向获得授权的联邦官员披露您的 PHI。
- **募款：**我们可能会使用或将您的人口统计信息及其他有限的 PHI（例如提供保健服务的日期及地点）披露给某些组织，以便与您联系为我们的组织筹募资金。如果我们因募款目的与您联系，我们将会为您提供明确的机会，让您选择不再接收任何募款相关的通讯。

- **法律要求：**在某些情况下，联邦或州法律规定我们必须向他人披露您的 **PHI**。例如，卫生与民众服务部秘书可能会审查我们的合规工作，其中可能包括查看您的 **PHI**。
- **诉讼及其他法律争议：**我们可能会使用并披露 **PHI**，以回应法院或行政命令、传票或调查要求。我们也可能在在法律许可范围内，未经您的授权使用及披露 **PHI**，例如为了在诉讼或仲裁中进行辩护。
- **执法：**我们可能会向获得授权的官员披露 **PHI**，以用于执法目的，例如回应搜索令、通报我们设施内的犯罪事件或帮助辨识或寻找某人。
- **对健康或安全的严重威胁：**如果我们认为有必要使用或披露您的 **PHI** 以避免对您或他人的健康或安全造成严重威胁，我们可能会使用并披露您的 **PHI**。
- **虐待或疏忽照顾：**根据法律规定，我们可能会向适当主管机关披露 **PHI**，以通报可疑的儿童虐待或疏忽照顾事件，或辨识疑似虐待、疏忽照顾或家庭暴力的受害者。
- **验尸官与殡葬人员：**我们可能会向验尸官或法医披露 **PHI**，以便辨识遗体、判定死因或执行其他官方职责。我们也可能向殡葬人员披露 **PHI**。
- **囚犯：**根据要求我们提供此通知的联邦法律，囚犯对其 **PHI** 的控制权与其他人不同。如果您是矫正机构的囚犯，或由执法官员监管，我们可能会向矫正机构或执法官员披露您的 **PHI**，以用于某些目的，例如保护您或其他人的健康或安全。
- **去除身份信息：**我们或与我们签有合约的业务伙伴可能会根据 **HIPAA** 标准使用 **PHI** 将其去除身份信息，并可将来去除身份信息的数据进一步披露给第三方，用于 **KP** 的运营相关事宜。

VI. 对您 **PHI 进行的其他所有使用和披露均需要您的事先书面授权**

除了上述使用及披露情况外，我们将不会在未经您书面授权的情况下使用或披露您的 **PHI**。我们可能会要求您提供授权以使用或披露您 **PHI** 的一些情况包括：

- **行销：**我们可能会要求您提供授权，以便向您提供您可能有兴趣购买或使用的产品及服务信息。请注意，行销通讯不包括我们与您联系向您提供治疗替代方案、您正在使用的处方药，或是我们提供或仅提供给保健计划入保人之健康相关产品或服务信息的情况。行销也不包括您与保健业者就产品或服务进行的任何面对面讨论。
- ****PHI** 的销售：**我们只有在取得您事先书面授权的情况下，才能销售您的 **PHI**。
- **心理治疗记录：**在罕见情况下，我们可能会要求您提供授权，以使用及披露「心理治疗记录」。联邦私隐法对「心理治疗记录」有非常明确的定义，係指心理健康专业人员在个别或小组辅导期间所记录的对话内容，且此等记录必须与您其余的医疗记录分开保存。一般而言，我们并不保存联邦私隐法所定义的心理治疗记录。
- **药物滥用障碍 (SUD) 咨询记录：**在罕见情况下，我们可能会要求您的书面同意，以使用及披露「**SUD** 咨询记录」。联邦私隐法对「**SUD** 咨询记录」的定义非常明确，係指

由 SUD 计划保健业者（需为 SUD 或精神健康专业人员）所记录（不论任何媒介），以记载或分析个别 SUD 咨询会谈或是小组、共同或家庭 SUD 咨询会谈的对话内容，且需与患者其余的 SUD 和医疗记录分开保存。一般而言，我们并不保存联邦私隐法所定义的 SUD 咨询记录。

药物滥用障碍 (SUD) 记录：

- 除非我们获得您具体的书面同意或有法院命令，否则您的 SUD 记录或传达 SUD 记录内容的证词将不会在任何民事、行政、刑事或法律诉讼中被披露或用于对您不利。
- 只有在法院命令要求的情况下，且已向您或记录持有人提供通知并给予机会陈述意见后，我们才会使用或披露您的 SUD 记录。
- 授权使用或披露的法院命令必须同时附有传票或强制进行披露的其他类似法律要求，才能使用或披露您的 SUD 记录。

在需要您授权的情况下，如果您已授权我们基于某些目的使用或披露您的 PHI，您可随时以书面方式通知我们撤回该授权。请注意，撤回动作不适用于在我们收到您撤回通知之前，已根据您授权对您 PHI 所进行的任何使用或披露。此外，如果您是为了获得保险保单（包括我们提供的健康护理保险）而提供授权，则在保险公司无法再对该保单或根据该保单所提出的索赔提出异议之前，您可能无法撤回该授权。

VII. 如何就本通知与我们联系或就我们的保护私隐规定提出投诉

如果您对本通知有任何疑问，或想就我们的保护私隐规定提出投诉，请写信给我们，地址为 Director of Privacy & Security Compliance, Kaiser Permanente Ethics & Compliance Office, 1 Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612, 19th Floor，或致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 与会员服务电话中心联络以告知我们。您也可通知卫生与民众服务部部长。

如果您对我们的保护私隐规定提出投诉，我们将不会对您采取报复行动。

VIII. 本通知的变更

我们可随时变更本通知及我们的保护私隐规定，前提是该变更符合州法律及联邦法律。任何经修订的通知将适用于变更生效时我们已持有之您的 PHI，以及变更生效后所创建或接收的任何 PHI。如果我们对保护私隐规定作出重要变更，我们将立即修订本通知，并于我们的网站 www.kp.org/privacy（英文）提供新通知。除了法律要求的变更外，我们将不会在修订本通知前实施重要的保护私隐规定变更。

IX. 本通知的生效日期

本通知于 2026 年 2 月 16 日生效。

以下的 Kaiser Foundation Health Plan Medi-Cal 计划会员补充保护私隐通知仅适用于通过以下任一机构入保 Kaiser Foundation Health Plan 的 Medi-Cal 会员：**Geographic Managed Care**

Sacramento、Geographic Managed Care San Diego 或 Prepaid Health Plan。本补充通知包含在 Medi-Cal 《会员手册》 (Member Handbook) 中。

Kaiser Foundation Health Plan Medi-Cal 计划会员补充保护私隐通知*

本通知说明了与您有关的医疗信息可能如何遭到使用和披露，以及您如何获取这些信息。

身为新会员，您应已收到（或即将收到）一份随同新 **Kaiser Permanente** 会员卡一併寄送的「**Kaiser Permanente** 北加州区域 HIPAA 保护私隐通知」或「**Kaiser Permanente** 南加州区域 HIPAA 保护私隐通知」（以下简称为「区域通知」）。此区域通知将会为您说明您在健康信息方面的权利，以及我们对您健康信息所需承担的责任。区域通知也会说明并举例，在何种情况下，我们可依法在未取得您书面许可的情况下使用和披露某些受保护健康信息：例如用于治疗或用于保健运营（如质量改进）。

本补充通知适用于 **Kaiser Permanente Medi-Cal** 计划的会员。本补充通知将会为您说明州法律方面的差异：在某些情况下，若您具备 **Medi-Cal** 会员身份，法律规定我们必须取得您的书面许可才能披露健康信息，但若非 **Medi-Cal** 会员，则不需要取得书面许可。

根据适用于 **MEDI-CAL** 受益人的州法律，**KAISER PERMANENTE** 在以下情况下需要您的许可才能使用或披露您的医疗信息：

- 向器官劝募组织提供医疗信息，除非该医疗信息是与您作为器官移植候选人或受赠者的治疗具体相关；
- 为了遵守职场安全法或工伤赔偿法，但用于治疗或向州或地方官员披露者除外；
- 为了允许其他公司向您推销其产品或服务；
- 为了替我们的组织筹募资金；
- 为了回应传票、法院命令或政府机关命令，但与 **Medi-Cal** 计划管理相关或依法已获授权者除外；
- 为了向 **FDA** 或其他人士或组织（例如产品製造商）通报某些医疗产品的问题。

除上述情况外，**Kaiser Permanente** 可依区域通知所述使用和披露您的受保护健康信息。

除本补充通知对您作为 **Medi-Cal** 会员所进行的修改外，区域通知仍然适用。例如，如区域通知中所述，您有权要求查看自己的记录。其他例子包括，有关区域通知变更的章节也适用于本补充通知。

区域通知也会告知您，如果您对区域通知内容有任何疑问，应如何与我们联系。如果您对本补充通知有任何疑问，或想对我们的保护私隐规定提出投诉，请致电 **1-800-464-4000** 与会员服务电话中心联络。您也可以使用本补充通知最后面的联络信息通过电话或书面方式通知加州卫生服务部的私隐专员。

我们非常重视保护所有会员及患者健康信息的责任，并将持续采取适当措施以保护这些信息。一如既往，我们感谢您将您的保健服务交託给 **Kaiser Permanente**。

NCAL- NPP

Si necesita ayuda en su idioma, llame a nuestro Centro de Llamadas para Servicios a los Miembros al 1-800-788-0616.

加州卫生服务部私隐专员的联络信息：

Privacy Officer

California Department of Health Services

P.O. Box 942732

Sacramento, CA 94234-7320

(916) 255-5259 或 1-877-735-2929 (TTY) * Geographic Managed Care Sacramento、
Geographic Managed Care San Diego 或 Prepaid Health Plan。