

# Seattle World School Teen Health Center

## (西雅图世界学校健康中心)

尊敬的 Seattle World School (西雅图世界学校) 学生家长或监护人:

**非常高兴地通知您, 您的子女现在能够直接在学校接受医疗保健服务了!**

目前, 在校内有个 School Based Health Center (学校健康中心), 旨在为 Seattle World School 的所有学生服务。学校健康中心由 International Community Health Services (国际诊所, ICHS) 及其合作伙伴 Neighborhood House (邻舍之家) 资助, 还有西雅图市的 Families and Education Levy (家庭与教育税收计划) 也提供了部分资金。ICHS 驻学校健康中心的医疗和心理健康专业人员可为学生提供高品质的服务和咨询。其他人员还包括健康教育人员、患者导航人员以及临床护理协调人员。他们精诚的合作, 为支持孩子的健康、福祉及学业上的成功提供各种服务。

学校健康中心为孩子提供的服务包括 (但不限于):

- 由持有执照的医疗或心理健康提供商提供高品质的现场医疗服务
- 上学或放学期间的预约服务
- 体检和健康评估 (包括运动检查和其他常规检查)
- 免疫接种和开具药物
- 疾病和损伤的诊断和治疗
- 与心理健康相关的评估和辅导
- 营养咨询
- 生殖保健
- 预防性保健, 包括健康教育活动
- 设有保健院, 包括与其他提供医疗和牙科服务的诊所进行协调, 以使孩子获得其他治疗
- 转介至其他医疗服务提供商处
- 牙科检查, X光及清洁牙齿

**为接受全面的服务, 每名学生必须提供完整的家长同意书。**家长同意书包括完整填写随附的登记表, 并由学生的法定监护人签字。公共保险计划 (例如 Medicaid) 通常承保学生在学校健康中心接受之服务的全部费用。但如果您参保了私人保险, 则您参保的保险计划可能不会承保全部医疗费用, 且保险规定可能要求由您自行承担部分 ICHS 的账单费用。不过, 不会有学生因为无能力支付费用而被拒绝给予服务。

我们为能够向学生提供高品质的学校医疗服务而感到骄傲。我们坚信, 学生可借此难得的机会学习如何保健。诚邀您的加入。

请填写和签署随附的同意书, 并返还至 Seattle World School 的学校健康中心。如对诊所及其服务有任何疑问, 请随时来访并与诊所医务人员面谈, 或通过拨打电话的方式取得联系。

**请签署背面的同意书**

**Seattle World School Teen Health Center**

1700 E Union St. Seattle, WA 98122 206-332-7160





## ICHS School-Based Health Centers (ICHS 学校健康中心) 健康服务同意书

位于 Seattle Public Schools (西雅图公立学校) 内的学校健康中心必须获得经学生家长或法定监护人签署的同意书, 才能向青少年提供服务, 除非联邦或州法律允许青少年可在未提交家长/监护人同意书的情况下接受此类治疗服务。如果青少年入学后未注册加入 School-Based Health Center (学校健康中心, SBHC), 那么其仍可继续享有学校的护理服务。

### 本人特此申请和授权:

正楷书写青少年的姓名: \_\_\_\_\_  
名字 中间名 姓氏 出生日期

学校: \_\_\_\_\_ 毕业年份: \_\_\_\_\_

将由 SBHC 的医务人员为学生提供其认为必要的医疗服务。这些服务包括(但不限于)心理健康辅导、常规医疗检查、牙科服务(包括, 但不限制于, 检查、X 光及清洁牙齿)、运动检查、青少年护理、急性疾病和损伤的评估和治疗、免疫接种、血检、拍片及 X 光检查。此外, 提交此同意书也是为了方便治疗转诊及在学校健康中心及其医务人员认为必要的紧急状况下运送至其他提供商、医疗服务专业人士、医院、诊所或医疗机构(如有需要)。本授权不允许提供未经青少年同意的服务, 除非其无法表示同意。

一旦提供了允许孩子接受治疗的同意书, 那么其中包含的所有信息将严加保密, 除非发生下列情况:

1. 客户签署信息披露同意书, 准许公开信息。
2. 如果其面临的情况紧迫且会对自己及他人的人身安全造成危害。
3. 其患有致命性疾病, 且未满 18 岁。
4. 有理由怀疑受到虐待或忽视。
5. 某些传染性疾病必须向公共卫生机构报告。

提交同意书即可与 SBHC 的医疗服务提供商分享必要的信息, 包括心理健康治疗师、医疗服务提供商以及 School Nurse (校医) 之间的信息交流, 从而为上述署名的学生提供最高品质的医疗服务。为方便协作, 驻 SBHC 的国际诊所医务人员有权获取 SBHC 内保存的学生医疗记录。

在提交同意书后, 学生还可在 ICBS 下属的某个医疗诊所接受单独的医疗牙科服务。要安排约诊, 或有任何疑问, 请致电: 206-788-3700

服务同意书的授权期限为青少年在 Seattle World School (西雅图世界学校) 就读的时间。但是, 我可随时致函学校健康中心撤销同意书。

学生签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

负法律责任的监护人姓名/与被监护人的关系(正楷书写): \_\_\_\_\_

### 参考信息

根据华盛顿州的法律规定, 任何年龄段的青少年均可在未获得家长/监护人同意的情况下独立接受生殖保健服务(根据 RCW 3.02.100 (1 和 2) 的规定)。在未获得家长/监护人同意的情况下, 青少年从 13 岁起可独立接受药物和酒精康复服务及心理健康辅导(根据 RCW 70.96A.095、RCW 70.96A.0097、RCW 71.34.530 以及 RCW 71.34.500 的规定), 从 14 岁起, 可接受 STD 治疗(根据 RCW 70.24.110 的规定)。如有可能, SBHC 鼓励每名青少年与其家长或监护人共同做出医疗决策。

如有必要, SBHC 可为青少年提供治疗选择方案, 并协助其寻求外部治疗。SBHC 还将协助青少年与其家长/监护人商讨相关情况。

法律规定, 在披露下列关于诊断和治疗的信息时, 必须征得青少年的同意: 怀孕、性传播疾病(包括 HIV/AIDS 检测)以及酒精和药物或心理健康辅导。



# 社区组织 同意书 2016-2017

西雅图和金县公共卫生 - 学校合作伙伴关系计划地址  
Public Health – Seattle & King County  
School-Based Partnerships Program  
401 5<sup>th</sup> Ave #1000 Seattle, WA 98104  
206.263.8350

西雅图世界学校青少年医疗中心 -国际诊所  
Seattle World School Teen Health Center  
International Community Health Services (ICHS)  
1700 E Union St. Seattle, WA 98122  
206.971.0810

## 家庭教育权利与隐私法案下教育记录发放同意书（FERPA）

本人同意西雅图校区将我子女的教育记录发放予上述机构。  
本人了解教育记录包括下述资料：

- |                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| 1. 学生姓名及联系方式                    | 5. 就读科目与成绩       |
| 2. 学生个人资料：包括特殊教育及504的状况，种族/民族信息 | 6. 考试成绩          |
| 3. 出勤记录                         | 7. 入学记录          |
| 4. 惩戒记录                         | 8. 功课成绩          |
|                                 | 9. 将要缴交的作业及缺交的作业 |

此发放同意书也将允许机构职员通过校区自动资料分发方式来获得我子女的教育记录。

本人了解上述机构将向 International Community Health Services(国际诊所) 发放我子女的教育记录，其目的是要让学校医疗中心的医生与心理咨询师了解他/她的学业课程和进展。国际诊所职员在与西雅图和金县公共卫生的合作过程中，将与我的子女、或及其学校共同努力，以提升他/她的学业成就。华盛顿大学精神病学和行为科学系将只被授予访问上述教育记录的权力，其目的是维护一个可以存储这些数据的安全的数据库。本人了解若想废除此份同意书, 本人可以向西雅图校区学校与社区合作部呈交一份书面通知。邮寄地址为 32-159 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124。

此发放同意书将允许诊所职员获得上述学生教育记录，包括学生的历史资料，其有效期至 2017 年 12 月 31 日。本人同意西雅图校区将教育记录向以述机构发送：

家长/监护人签名(若学生在 17 岁或以下): \_\_\_\_\_

家长/监护人: \_\_\_\_\_

学生签名(若学生在 18 岁或以上): \_\_\_\_\_

签署日期: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
填写学生姓名（名和姓）

\_\_\_\_\_  
学生出生年月日

\_\_\_\_\_  
\*\*学生的校区学号 ID #

\_\_\_\_\_  
学生学校

\*\*学号ID#可以在学生的ASB卡、成绩单、正式学校邮件找到、或与子女就读的学校联络

患者信息					
姓名 (姓氏、名字、中间名)		MRN	SSN#	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
地址		城市、州份、邮政编码		郡县/乡村	
使用的语言	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	学生编号		服役情况 <input type="checkbox"/> 未服役 <input type="checkbox"/> 拒绝服役 <input type="checkbox"/> 已服役 - 未成年儿童 <input type="checkbox"/> 已服役 - 伴侣 <input type="checkbox"/> 已服役 - 本人 <input type="checkbox"/> 已服役 - 配偶 <input type="checkbox"/> 已服役 - 媳妇	患者身份 <input type="checkbox"/> ACRS <input type="checkbox"/> 董事会成员 <input type="checkbox"/> 董事会成员的家庭成员 <input type="checkbox"/> 员工 <input type="checkbox"/> 员工的家庭成员 <input type="checkbox"/> 无家可归者 <input type="checkbox"/> 国际学生 <input type="checkbox"/> 非 ICHS 负责护理者 <input type="checkbox"/> 特殊合约订立者 <input type="checkbox"/> 来访者 <input type="checkbox"/> 志愿者
ICHS 族群		是否吸烟 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
初级护理提供商	手机	电子邮件地址		紧急联络人 #	紧急联络人姓名以及患者的关系
家庭电话					
收入证明 <input type="checkbox"/> 符合资格 <input type="checkbox"/> 不符合资格 <input type="checkbox"/> 遭到拒绝的变动费用			无家可归的状况 <input type="checkbox"/> 与他人共住一室 <input type="checkbox"/> 非无家可归 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 居住于公共住房 <input type="checkbox"/> 居住于收容所 <input type="checkbox"/> 露宿街头 <input type="checkbox"/> 处于过渡时期 <input type="checkbox"/> 不可知/未报告		
是否为残障人士/身心有缺陷者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否为移民/难民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		外来务工人员身份 <input type="checkbox"/> 外来务工者 <input type="checkbox"/> 非农场工人 <input type="checkbox"/> 季节性工人	
是否存在语言障碍 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否登记加入 School Based Health Center (学校健康中心) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		种族	
家庭成员总数		未满 18 岁儿童总数		首选阅读语言	
家庭状况 <input type="checkbox"/> 单人家庭 <input type="checkbox"/> 双亲家庭 <input type="checkbox"/> 单亲女性户主家庭 <input type="checkbox"/> 单亲男性户主家庭			市场营销计划		抵达美国日期 / /

责任方信息 (如果不同于以上内容)					
姓名 (姓氏、名字、中间名)		SSN#	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性	与患者的关系
地址		城市、州份、邮政编码		婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	学生类别 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制
家庭电话	手机	紧急联络人号码	紧急联络人姓名	电子邮件地址	患者身份

基本保险			
保险公司名称	投保人姓名	保单 #	小组 #
保险公司地址		共付额 美元	
城市、州份、邮政编码	电话	扣除额 美元	
与患者的关系		生效日期	失效日期
		\\ \\	\\ \\

\*\*\* 请将医疗保险卡正面与背面影印一份 \*\*\*

辅助保险 (如适用)			
保险公司名称	投保人姓名	保单 #	小组 #
保险公司地址		共付额 美元	
城市、州份、邮政编码	电话	扣除额 美元	
与患者的关系		生效日期	失效日期
		\\ \\	\\ \\

本人证明, 上述内容为据我所知的准确信息。本人了解, 根据 ICHS 变动额度或第三方支付款人指南之内容, 本人在经济上需要承担患者部分的服务费。将此类信息披露给任一家保险公司的授权书已获批准, 以供在必要时完成 ICHS 索赔程序。本人了解, 在本人无法支付费用的情况下各项服务将不会遭到拒绝。

患者/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 国际社区医疗诊所西雅图世界学校学生健康记录表格

学生名字: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 语言: \_\_\_\_\_

如果学生本人或他/她的家庭成员有以下这些情况，请在格子里打钩或作注明:

病状	学生	亲属	病状	学生	亲属
酒精中毒			高血压		
哮喘			学习困难		
膀胱或肾脏问题			精神，情感，并且/或者社交问题		
出血问题或贫血症			癫痫		
肠问题			镰刀型细胞贫血症		
骨头断裂			皮肤疹		
癌症			胃问题		
牙齿问题			中风		
糖尿病			自杀		
头疼			地中海贫血		
心脏问题			甲状腺问题		
肝炎			肺结核病		
爱滋病			其他		

手术/住院记录: \_\_\_\_\_

当前服用药物: \_\_\_\_\_

食物过敏: \_\_\_\_\_ 药物过敏: \_\_\_\_\_ 疫苗过敏: \_\_\_\_\_

您小孩的免疫记录是否最新? \_\_\_\_\_是 \_\_\_\_\_否 \_\_\_\_\_不清楚

如果学生是移民或难民，他或她是何时来到美国？跟谁来到美国？

\_\_\_\_\_

学生跟哪些家人一起住? \_\_\_\_\_

您是否是担心学生发生或有关以下任何问题？

状况	是	否	状况	是	否
酒精或药物			基本健康状况		
咬嚼烟草			忧郁		
饮食或重量			学业进展		
沟通			承载醉酒朋友的车辆		
自我控制能力			自尊心		
酒后驾车			性健康或行为		
朋友或情侣关系			吸烟		

学生最后一次的身体健康检查是什么时候? \_\_\_\_\_

其在去年有做牙科检查吗? \_\_\_\_\_是 \_\_\_\_\_否

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

病人/家长/监护人



## 患者权利和责任

### 您有以下权利：

- 选择为您提供优质护理的医疗保健提供者。
- 在安全、私人、受尊重的环境下接受知识渊博的人员提供的护理。
- 以尊重您的语言、文化和信仰的方式接受服务。
- 以您可以理解的术语接收关于您的护理和治疗的信息。
- 在没有基于下列歧视因素的环境下接受服务：种族、肤色、性别、婚姻状况、性取向、年龄、信仰、宗教、血统、性别认同、遗传信息、是否使用服务类动物、民族血统、退伍军人身份、公民身份、或任何感官、精神或身体残疾、或支付能力。
- 以您容易理解的语言接收关于 ICHS 服务时间、医疗保健提供者、服务、费用和付款政策的信息。
- 如果您的护理用于对医疗保健提供者进行培训，将通知您。
- 您的医疗保健信息将保密，法律或保险公司合同要求的情况除外。
- 在合理时间内阅读并收到您的病历的副本。
- 知道出现紧急情况且您被转往另一家医疗机构时，将通知您的责任人/家庭成员。
- 请求为您的医疗保健的预先指示提供信息帮助。
- 事先得到通知，以便您可以选择您是否想参与试验性临床研究。
- 通过患者投诉/申诉政策文明地表达对您接受的护理的不满。

### 您有以下责任：

- 不明白告知您的信息时询问问题。
- 告诉我们您知道的关于您的健康史、目前健康状况，以及您的健康状况的任何变化的所有信息。
- 告诉我们您可能正在服用的所有药物、草药、补充剂和非处方(OTC)药。
- 通过做出决策、遵循医嘱并为您的选择承担责任来参与您的护理。
- 遵循您与医疗保健提供者商定的治疗方案，包括其他医疗保健专业人员执行医疗保健提供者的医嘱时，遵循他们的指示。
- 选择一名家庭成员或其他人在您无法为自己的医疗保健做决定的情况下代表您。
- 对其他患者、来访者、志愿者，以及 ICHS 工作人员和财产表示礼貌和尊重。
- 始终准时到达以进行预定诊视。您无法进行预定诊视时请提前通知我们。
- 提供准确信息，以处理任何保单并按要求及时支付任何共付款项、共付保险金额和免赔额。
- 通知您的医疗保健提供者您现有的任何预先指示或医疗授权委托书。
- 接受 ICHS 工作人员提供的服务或在 ICHS 医疗机构和活动时保持适当的行为。如果您不遵循 ICHS 工作人员的指示，不遵从政策和商定的治疗方案，或因您拒绝治疗而无法对您进行安全和适当的护理，ICHS 可以发通知终止与患者的关系。

患者姓名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_



## 隐私规则通告确认书

为了遵守健康保险流通与责任法案(HIPAA)的隐私法规, ICHS 必须为您提供隐私规则通告。本文旨在向您说明, 我们会保留我们向您提供的保健服务的记录。您可以要求查看该记录, 或索取该记录的副本。您还可以要求更正该记录。我们不会向他人披露您的记录, 除非您要求我们披露, 或者法律授权或强制要求我们披露。如果需要更多的信息, 请联系我们的医疗记录部:

Bellevue Clinic	(425) 373-3012
Holly Park Clinic	(206) 788-3541
International District Clinic	(206) 788-3712
Shoreline Clinic	(206) 533-2641

本表格将在您的医疗记录中存档。

在下文签名, 表示我确认已经收到隐私规则通知。

\_\_\_\_\_  
患者工整姓名

\_\_\_\_\_  
患者出生日期

\_\_\_\_\_  
患者或授权代表签名 (18 岁以下父母/监护人签名)

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
如果代表患者签名, 则工整书写姓名

\_\_\_\_\_  
与患者的关系

备注

\*\*已向患者或其授权代表提供副本。\*\*

**隐私权保护通知**  
(2013年9月生效)

本通知描述了您医疗信息可能的使用和披露方式以及您存取此类信息的方式。

**请认真阅读**

我们根据法律规定保护受保护健康信息，并向您提供通知，说明我们在保护受保护健康信息方面承担的法律责任和采取我们采取的隐私保护政策。我们必须遵守现行隐私权保护通知的条款，但我们保留随时更改此类条款的权利。任何更改均立即生效，您可以从我们的网站 ([www.ichs.com](http://www.ichs.com)) 上查看。

**我们如何使用和披露您的受保护健康信息**

**为治疗目的。**我们可能会使用或披露您的受保护健康信息，为您提供医学治疗服务。我们可能会向参与您护理的医生、护士或其他医护团队成员披露您的受保护健康信息。例如，您的医生可能要和专科医生讨论您的护理。此时，我们会向他们披露您的受保护健康信息，帮助他们了解您的医护需求。

**为付款目的。**我们可能会使用或披露您的受保护健康信息，确保您、保险公司或第三方能收到国际社区健康服务中心（以下简称“ICHS”或“我们”）为您开出的治疗和服务账单。例如，我们可能要将我们为您提供的外科手术信息披露给健康计划，以便健康计划向我们付款或报销您的手术费。未经您同意，我们不会向第三方付款人披露您的受保护健康信息，除非法律允许我们这样做。您可以要求对披露给健康计划或其他方的受保护健康信息设置限制条件，前提是此类信息只和您或您的代表（健康计划除外）已经支付给我们的医疗保健项目或服务有关，此时，我们必须满足您的要求。

**为医疗保健运营目的。**我们可能会为了医疗保健运营目的的使用和披露您的受保护健康信息。这类使用和披露很有必要，能确保所有患者都获得优质医护服务。例如，我们可能会用健康信息评估您获得的医疗保健服务质量或评估医疗人员的业绩。

**其他不需事先授权即可使用您受保护健康信息的情况业务伙伴**

ICHS的某些服务通过签约业务伙伴提供。包括实验室化验、外部审计、外部律师和其他。任何时候，只要业务伙伴和ICHS之间的安排涉及使用或披露您的受保护健康信息，我们会签订书面协议，保护您受保护健康信息的隐私权。

**向协助救灾的机构披露。**我们可能会向协助救灾的机构披露您的受保护健康信息，以便您的家人了解您的状况、现状和所在地。

**预约提醒。**我们可能会和您联系，提醒您按预约时间到ICHS接受治疗或医护服务。

**替代治疗方案。**我们可能会使用您的受保护健康信息向您介绍或推荐可能的治疗选项或您感兴趣的替代方案。

**研究。**在某些情况下，ICHS可能会为了医疗研究目的的使用和披露人口健康信息。在多数情况下，如果研究人员能存取您的姓名、住址或其他能暴露您身份的信息，我们会专门征求您的同意。在我们为研究目的的使用或披露健康信息之前，该项目应当已经通过研究审批流程审批。在多数情况下，如果研究人员能存取您的姓名、住址或其他能暴露您身份的信息，我们会专门征求您的同意。不过，我们有时也会向准备开展某项研究项目的人员披露您的健康信息，前提是此类健康信息不得离开ICHS。

**依法使用和披露。**我们会应联邦、州或地方法律的要求披露您的受保护健康信息。

**消除健康或安全面临的严重威胁。**必要时，我们可能会使用和披露您的受保护健康信息，以免您、公众或其他人的健康和遭到严重威胁。不过，我们只能向有能力阻止此类威胁的人士披露。

**器官和组织捐赠。**如果您是器官捐赠人，我们可能会视需要向器官采集或器官、眼睛或组织移植机构或器官捐赠银行披露您的受保护健康信息，以促成器官或组织捐赠和移植。

**军人或退伍军人。**如果您是武装部队的成员，我们可能会根据军事指挥机关的要求披露您的受保护健康信息。我们还有可能向相关外国军事机关披露有关外国军事人员的受保护健康信息。

**劳工赔偿。**我们可能会为劳工赔偿或类似计划披露您的受保护健康信息。这些计划提供工伤或职业病福利。

**公共健康。**我们可能会依法向负责疾病、伤害或残疾预防或控制的公共健康或法律机关披露您的受保护健康信息。

**健康监督活动。**我们可能会就法律授权的活动向健康监督机构披露您的受保护健康信息。例如，此类监督活动包括审计、调查、检查和颁发许可，为政府监督医疗系统、政府计划和遵守公民权法律所必需。

**诉讼和争端。**如果您卷入诉讼或争端，我们可能会应法庭或行政命令的要求披露您的受保护健康信息。我们还可能会应争端其他当事方的传票、取证要求或其他合法程序要求披露您的受保护健康信息。

**执法。**我们可能会应执法官员的要求披露您的受保护健康信息：

- 根据法庭命令、传票、逮捕令、传唤或类似程序的要求披露；
- 识别或寻找疑犯、逃犯、重要目击证人或失踪者；



- 关于犯罪受害者的信息，前提是在某些有限的情况下，我们无法取得该人士的同意；
- 我们认为死亡可能是犯罪行为造成的；
- 在ICHS发生的犯罪行为；
- 在紧急情况下举报犯罪行为；罪行或受害者所在地点；或犯罪分子的身份、描述或所在地点。

**验尸官、法医和丧葬人员。**我们可能会在必要时向验尸官或法医披露您的受保护健康信息。例如，为确定死者身份或死亡原因。必要时，我们还可能会向丧葬人员披露医院患者的健康信息，以便其履行职责。

**国家安全和情报活动。**我们可能会为情报、反情报和法律授权的其他国家安全活动向有授权的联邦官员披露您的受保护健康信息。

### 某些需要授权的使用和披露

使用和披露心理治疗记录、为营销目的使用和披露受保护健康信息、构成出售受保护健康信息的披露，以及本通知未列明的其他受保护健康信息的使用和披露在多数情况下必需取得您书面同意方可进行。即使您允许ICHS使用或披露您的受保护健康信息，也可以随时以书面方式撤销。若您撤销允许，我们不会再为您授权书中列明的理由使用或披露您的受保护健康信息。但您应当了解，我们不能收回已经根据您的允许做出的披露以及我们根据要求保存的我们为您提供的保健记录。

**与家人和朋友沟通。**我们可能会和参与您护理和（或）支付您护理费用的家人或朋友共享您的受保护健康信息，前提是您告诉我们可以这样做，或您不反对我们共享此类信息。根据我们的职业判断，如果我们认为您不会反对，我们还有可能和上述人士分享相关信息。

### 您有关受保护健康信息的权利

您的健康记录是ICHS的财产，您的受保护健康信息却属于您。关于受保护健康信息，您享有以下权利：

**获取本通知的权利。**您有权获得本通知的纸质版本。您可以随时要求我们提供本通知副本。您还可以从我们的网站上获取本通知副本：[www.ichs.com](http://www.ichs.com)。

**检查和复制的权利。**您有权检查和复制某些和您相关的医护信息，包括账单记录。您必须向以下机构提交书面申请：

International Community Health Services  
(国际社区健康服务中心)

Attn: Health Center Manager (健康中心经理)  
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

如果您要求我们提供此类受保护健康信息副本，我们可能会收取复制、邮寄或其他相关用品的费用。

在某些有限的情况下，我们可能会拒绝您检查和复制的要求。如果您存取健康记录的要求

被拒绝，可以要求审核我们的拒绝决定。我们将听从审核结果。

**要求修正的权利。**您有权向健康中心经理(Health Center Manager)提交书面申请，要求修正您的受保护健康信

息。在某些情况下，我们有权拒绝您的修正要求。若您的要求被拒绝，可以向我们提出异议。这份异议声明将保存在您的健康记录中，包括任何被披露的记录。

**信息披露一览表权利。**您有权获得“信息披露一览表”。这份记录列出我们依法披露的您的某些受保护健康信息。

您必须向健康中心经理提交书面申请。我们可能会收取提供记录的相关费用。我们会通知您涉及的费用，您可以在发生任何费用前选择取消或更改申请。健康中心经理的联系方式如下：

International Community Health Services  
(国际社区健康服务中心)

Attn: Health Center Manager (健康中心经理)  
PO Box 3007, Seattle WA 98114-3007

**提出限制要求的权利。**您有权对您受保护健康信息的某些使用和披露提出限制条件。例如，您可以提出要求，就向参与您保健或支付保健费用的人士披露的受保护健康信息提出限制要求。您可以要求我们不要向某位家庭成员或朋友披露有关某次手术的受保护健康信息或使用此类信息。您必须向健康中心经理提交书面申请。提交申请时，您必须说明(1)您想对哪些信息设置限制条件；(2)您是要限制我们使用还是披露该信息，或二者都限制；和(3)

您希望这些限制适用于哪些人，例如限制我们向您的配偶披露；不过，我们并非必须同意您的限制要求。

**要求对通讯保密的权利。**您有权要求我们以某种方式或在某个地点就您的健康事务和您沟通。例如，您可以要求我们只在工作时间或只通过邮件和您联系。

要求对通讯保密时，您必须向健康中心经理提交书面申请。我们不会问您为什么。您的申请必须说明您希望我们用哪种方式或在哪儿和您联系。我们将满足所有合理的要求。

**获得违规通知的权利。**若发生违规行为，危及受保护健康信息的安全，您有权获得通知。

### 投诉

若您认为您的隐私权被侵犯，可以拨打206.788.3658和ICHS合规主管联系，也可以将投诉信提交给ICHS Compliance Officer (ICHS合规主管)，地址是PO Box 3007; Seattle, WA 98114-3007。

您还可以向美国人类与社会服务部部长投诉。

提交投诉不会影响您的保健服务质量，也不会让您受到打击报复。

关于本通知，如果您有任何疑问，请拨打206.788.3658和ICHS合规主管联系。