

**隐私政策须知**  
**大学健康中心**

**您的信息。您的权利。我们的责任。**

俄勒冈大学致力于坚持履行所有法律和职业义务，以保护您健康记录的保密性。本须知描述如何使用和/或披露您的健康记录，以及您如何访问此信息。

请仔细阅读。

**您的权利：**

获取您的健康记录的纸质或电子版副本。

请求我们更正您认为不正确或不完整的健康信息。

请求保密通信。

要求我们限制我们共享的信息。

获取我们与其分享您信息的人员列表。

随时索取此隐私声明的副本。

有权让人担任您的代理。

如果您认为自己的隐私权遭到侵犯，请提出投诉。

如果您认为我们侵犯了您的权利，可以通过以下方式提出投诉：

HIPAA 合规官：Debra McLaughlin, MPA, CHC-541-346-4452

俄勒冈大学注册主管：Susan M. Eveland - 541-346-3195

或者您可以向以下机构提交您的投诉：

美国健康与公众服务部：[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

美国教育部：<http://familypolicy.ed.gov/complaint-form>

您也可以使用我们的匿名热线在 [www.uoregon.ethicspoint.com](http://www.uoregon.ethicspoint.com) 上举报。

我们不会因您投诉而对您进行报复。

**您的选择。**

在以下情况下，我们将仅在您同意的情况下使用和分享您的健康信息，您可以随时以书面形式撤销您的同意：

与您的家人、亲密朋友或参与对您的护理但不为您提供治疗的其他人员分享信息。

与您联系以进行营销或筹款活动 - 我们绝不会出售您的信息。

进行健康研究。

响应器官和组织捐赠请求。

处理工人赔偿要求。

开具您所接受服务的账单。但是，如果您自费支付全额服务费，您可以要求我们不要把该服务纳入您的保险计费中。

与某些公共卫生活动有关的信息。

## 无需经您同意而进行的使用和披露。

无需经您同意我们可以使用或分享您的信息的一些示例如下：

在为您提供医疗保健过程中 - 我们可以与其他专业人士分享您的健康记录。

响应健康和安全紧急情况。

遵守法律。

运营我们的医疗保健机构。

与法医或丧葬承办人合作。

根据俄勒冈大学政策以及州和联邦法律，回应其他法庭或其他州政府机构的诉讼、司法行动、传票或命令。

必须指出，如果司法行动已有预期，或者如果俄勒冈大学收到传票，您还可以享有《客户/患者医疗保健和幸存者服务信息保密》政策所述的额外保护（此政策的硬拷贝备索，而且/或者您可以访问此政策在本大学网站上的网址：[www.policies.uoregon.edu/III.05.02](http://www.policies.uoregon.edu/III.05.02)）。

## 我们的责任。

法律要求我们维护您的教育记录和受保护的健康信息的隐私和安全。

如果发生可能损害您信息的隐私或安全的事件，我们会立即通知您。

我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私政策，并给您一份副本。

有关详细信息，请访问：[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)。

## 对本通知条款的更改。

我们可以更改本通知的条款，这些更改将适用于我们所持有您的所有信息。新通知将备索，并在我们的办公室和我们的网站上提供。

## 确认并同意：

我在此同意俄勒冈大学（包括其任何学校官员）发布如下所述的我的教育记录：

要发布的用途和具体记录：

- (1) 与公共卫生和安全紧急情况相关并为应对这些紧急情况而正在提供的记录；
- (2) 与疾病、损伤或残疾有关并为预防或控制它们而正在提供的记录；
- (3) 与正在给您提供的治疗和护理有关的记录，目的是为了给您提供进一步治疗和护理；
- (4) 与以下事项有关并且为了这些目的而正在提供的记录：(i) 向第三者提供我所接受医疗护理服务或药物的账单；及(ii) 为向我提供医疗服务或药物而进行的付款。

记录可能会发布给：

- (1) 出于预防或控制突发公共卫生事件、疾病、伤害或残疾目的而获得接收报告的合法授权的公共卫生当局。（“公共卫生当局”包括美国政府、州、领地、州或领地的政治分区的部门或服务机构，以及根据公共卫生当局授权或与其签订的合同行事的人。）
- (2) 有感染或传播疾病或情况的风险的人，前提是其他法律机构授权本大学根据需要通知这些个人进行公共卫生干预或调查。
- (3) 对我进行治疗的卫生保健提供者及其工作人员。
- (4) HIPAA 覆盖的实体及其参加上面提到的电子医疗成像交流网络的工作人员；

- (5) 有义务支付提供给我的保健服务和药品费用的保险公司；
- (6) 为向我提供的医疗保健服务和药品付款的其他第三方。

在您办理入住手续时，您将被要求：  
确认收到此《隐私政策须知》。

并选择“是”表示您同意。如果您不同意，请选择“否”。