

使者咨询服务关于隐私保护的通知

21 Ambassador Drive, Paradise, PA 17562, USA

关于隐私保护通知和 HIPAA (健康保险隐私及责任法案)

本通知说明如何使用和披露有关您的医疗信息以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

致力于您的隐私保护：使者咨询服务致力于维护您的个人健康信息的隐私。作为提供专业服务的一部分，保密您的信息是法律的要求。

在您同意的情况下使用和披露您受保护的健康信息：使用收集到的有关您的信息主要是为您提供治疗。在您阅读本通知后，您将被要求签字表明您的同意。如果您不同意签署此文件，则无法为您提供服务。您如果为需要使用，发送，分享或披露您的信息，您需要签署授权表格，会要求您填写授权发送的具体内容，发送地具体人员以及发送的方发。

未经您的同意披露您的健康信息：法律有时需要我们使用或分享您的信息。例如：

1. 对您或他人的健康和公共安全或公众造成严重威胁时。您的信息会与能够帮助预防或减少威胁的人分享。
2. 诉讼和其他法律或法庭程序要求的信息。
3. 如果执法人员要求我们这样做。
4. 为工人的赔偿和类似福利计划

您的健康信息权利：

1. 您可以请求具体的地点和方式来接收您的信息，包括您任为更私密的方法。例如，工作而不是家庭地址；电子邮件，而不是电话等。将尽一切努力来满足您。请注意，使用短信和电子邮件不是一种安全的沟通方式。
2. 您有权查看保留的您的健康信息，如医疗和账单记录。您可能会被要求为受到的副本付费。
3. 如果您认为记录中的信息不正确或缺少某些重要内容，您可以要求添加记录以纠正它。您需要以书面形式提出此请求。您还必须告诉您想要更改的原因。
4. 您有权获得本通知的副本。
5. 如果您认为您的隐私权利遭到侵犯，您有权提出投诉。您可以向美国卫生与公众服务部书面投诉。提出投诉不会改变您得到的咨询服务的质量。

您可能享有我们国家法律授予您的其他权利，这些权利可能与上述权利相同或不同。这可以根据需要与您讨论。如果您对本通知或健康信息隐私政策有任何疑问，请联系使者咨询服务。本通知的生效日期为 8/1/2018。我们的网站会有最新版本，如果有更新的话。

我已阅读并理解此政策。我了解我也可以要求提供此政策的副本。如果本文稿有更新，我可以在[网页](#)，拿到最新文本。

签字：_____ 日期：_____