



T-HI0001

San Francisco Department
of Public Health

Traditional Chinese

SFPDH Summary Notice
of HIPAA Privacy PracticesSFPDH 有關
HIPAA 隱私實踐的摘要通知及回執

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Label

完整通知：我們已向您提供有關 HIPAA 隱私實踐的完整通知。請仔細閱讀。您也可在以下網址找到該內容：<https://www.sfdph.org>。

須遵守本通知規定的機構和人士：所有 DPH 和合約供應商員工、DPH 附屬機構，包含由加州大學舊金山分校分派到 DPH 的工作人員，以及任何獲允許閱讀、使用或提供病人個人健康資訊的人員，都必須遵守這些規定。

您享有以下權利：（請參閱「有關隱私實踐的完整通知」中可能規定的限制。）

- 要求並收到「有關隱私實踐的完整通知」的紙本副本
- 要求查看、閱讀和/或獲取您的健康記錄的副本（可能須收取費用）。
- 要求變更您的健康記錄中您認為錯誤的資訊。
- 要求不與特定個人共享您的健康資訊。
- 要求不將您的健康資訊用於特定目的；例如，研究。
- 要求將您的健康記錄的副本發送給特定人員（可能須收取費用）。
- 獲知（出於治療、付款及手術以外的原因）閱讀您記錄的人員。
- 指定 DPH 員工可以聯繫您的情形及方式。

DPH 可能使用和披露您的健康資訊，以改進您的治療。

- 為了改善您獲得的醫療服務品質，可能會在醫療服務提供者之間、DPH 內部及外部共享健康資訊。
- 在某些情形下，不會共享您的健康資訊，除非事先獲得了您的許可。

如果您認為自己在接受 DPH 服務時隱私權未得到保障，您可以提出投訴。如果您對自己的健康資訊可能（或已經）被共享的方式存有疑慮，請諮詢您的醫療服務提供者，或聯繫以下一個機構：(1) DPH Office of Compliance and Privacy Affairs, 101 Grove St., Room 400, San Francisco, CA 94102，或撥打免費電話 1-855-729-6040。(2) 請寄送郵件至 Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201。請參閱「應於何處向聯邦政府提出隱私權投訴」完整通知。您不會因提出投訴而遭受任何懲罰。

本人確認收到舊金山公共衛生部「有關 HIPAA 隱私實踐的完整通知」。(I acknowledge receipt of the SF Department of Public Health "Full Notice of HIPAA Privacy Practices.)

病人/長期護理病人/到訪者/或其代表簽名 (Signature of Patient/Resident/Client or their Representative)		日期 (Date)
正楷姓名 (Print Name)	如果是代表，請說明關係 (If Representative, specify relationship)	口譯員（如適用） (Interpreter, if applicable)

STAFF/WITNESS: If written acknowledgement is NOT obtained, please complete the following:

☐ Unable to sign ☐ Declined to sign ☐ Other, Describe:	
SIGNATURE OF STAFF WITNESS	DATE
PRINT NAME	DEPARTMENT/ORG

Original-Medical Record_Consent for HIPAA