

AltaMed Health Services Corporationからのメッセージ：

個人情報保護に関する本通知（「本通知」）は、弊社がどのようにあなたの医療情報を使用し、誰と共有する可能性があるか、また、自分の医療記録を取得する方法について説明します。

健康情報に関する弊社のお約束

AltaMed Health Services Corporation（「AltaMed」）は、あなたの保護された健康情報（Protected Health Information, 「PHI」）を保護することをお約束します。弊社は、適用される法律を遵守し、あなたのPHIを適切に使用、開示、維持します。また、保護対象となる健康情報の適切な維持と取り扱いを要求するCalifornia州の法律も遵守します。これら保護対象には、メンタルヘルス治療、発達性障害治療、薬物/アルコール乱用治療、HIV/AIDS治療の情報が含まれます。また、未成年者が受けるリプロダクティブ・ヘルスまたは妊娠、メンタルヘルス、薬物乱用、性感染症、レイプ、あるいは性的暴行などに関連するサービスでのPHIの取り扱いについても特別な手順があります。

この通知では、以下について説明します。

- あなたのPHIを保護する法律
- ご自身のPHIに関するあなたの権利
- プライバシーに関する苦情の申し立て方法

保護されていないPHIの侵害（不正使用）であなたに影響を与えることがあれば、弊社は必ずあなたに通知します。

個人情報保護に関する本通知の変更

AltaMedは本通知にあるすべての個人情報保護に従います。弊社はこれらの個人情報保護を変更する権利も有します。重要な変更を行う場合、弊社はあなたの次のAltaMed来院時に、更新された通知を提供します。本通知のコピーはAltaMedの施設から取得するか、www.altamed.orgからオンラインで取得することができます。

AltaMedによる保護された健康情報の使用および開示方法

AltaMedは、あなたに医療サービスを提供するために必要となる場合のみ、あなたの健康情報を使用または共有します。AltaMedが使用し共有する情報の一部として、あなたの氏名、住所、電子メール、電話番号、医療履歴、あなたに提供された医療、あなたの治療費が挙げられます。AltaMedがあなたのPHIを使用または開示する例を以下に挙げます。

治療：AltaMedはあなたのPHIを使用し、医師、病院、およびあなたへ医療や関連サービスを提供、手配、または管理するその他の者と共有します。たとえば、弊社は、特定のサービスについて事前承認を得るため、または、次の予約についてあなたに確認の連絡をするため、またはあなたの健康状態の変化を追跡するため、あなたの情報の使用が必要になる場合があります。

支払い：AltaMedは、あなたの医療サービスに対する支払いを受ける、あるいは行うため、必要に応じてあなたのPHIを使用し共有します。これには、サービスの支払いについての決定を担当するあなたの保険会社または個人代表者との情報共有が含まれる場合があります。

医療の運用：あなたの情報は一般的な管理目的で使用される場合があります。たとえば弊社は、不正をなくすためのプログラムに参加するため、監査の一環として、またはAltaMedの計画上の必要性から、弊社のサービス提供がどの程度うまく行われているかチェックする必要が生じる場合があります。

健康情報のその他の利用

マーケティング：マーケティング目的でのPHIの使用および共有のほとんどは、事前にあなたから書面による許可を取得する必要があります。ただし、マーケティングには例外がいくつかあり、これには健康関連製品やサービスをご案内する場合、あるいは新しい提供者や機器のご紹介などがあります。

資金調達：募金プログラムやイベントなど、AltaMedが後援する活動に関する情報を提供するため、弊社からあなたに連絡することがあります。集められた資金は、AltaMedが地域社会に提供するサービスとプログラムの拡大および改善目的に使用されます。

資金調達に関する資料やご案内の配信を希望せず、配信停止を希望される場合は、AltaMed患者サービスセンター(888) 499-9303までお電話いただくか、ご案内に回答して配信停止のリクエストを送信してください。資金調達に関するご案内はいつでも配信を停止できます。また、このご判断によってご自身が受けられる治療や支払いには影響はありません。

あなたの治療または治療の支払いに関わる方：AltaMedは、あなたの治療や治療の支払いに関する決定、または緊急の場合に、関係する家族や友人とPHIを共有する場合があります。あなたにはAltaMedに対して、これらの情報の一部または全部を共有しないよう要請する権利があります。AltaMedプライバシー担当責任者 (altamedprivacyoffice@altamed.org)、またはあなたがサービスを受けるAltaMedの施設に連絡し、PHIを共有しないよう書面による要請を行ってください。

法律により求められる場合：連邦、州、地方の法律、または裁判所命令もしくは召喚状により求められた場合、AltaMedはあなたのPHIを使用または共有する場合があります。

公衆衛生活動：AltaMedは疾患や怪我、障害を予防または管理するために公衆衛生当局にあなたのPHIを共有する場合があります。たとえばAltaMedは患者の学校と予防接種証明書を共有する場合があります。

研究：AltaMedは研究プロジェクトのために健康情報を共有する場合があります。すべての研究プロジェクトは患者のプライバシーを保護する州または連邦の法律に従います。PHIの共有を必要とするプロジェクトは、患者の安全、福祉、機密性を保護するために、特別な審査プロセスを通して承認されなければなりません。この特別な審査プロセスが、研究プロジェクトへの健康情報の共有を承認した場合、他の治験でもその同じ情報を使用する場合があります。治験責任医師は、かかる治験への参加について患者に連絡します。患者は、特別な審査プロセスにより情報の共有が承認された場合にのみ連絡を受けます。あなたは研究プロジェクトに参加する必要はありません。参加に同意する場合は、承諾書に署名する必要があります。

健康または安全に対する重大な脅威を避けるため：あなた、または他の人の健康や安全に対する侵害、ネグレクト、および重大な脅威を避けるために必要であると考えられる場合、AltaMedはあなたのPHIを使用し共有する場合があります。弊社は、これら緊急事態への対応に必要な情報を共有します。

亡くなった方：亡くなった方のPHIについては、AltaMedは、死後50年が経過してから使用または共有することができます。

書面による許可が必要となる場合：AltaMedは、本通知に記載されていない理由によりあなたのPHIを共有する必要が生じ、それが法律の要求によるものでない場合、まずあなたの書面による許可を必要とします。あなたはいつでも書面による承諾を取り消すことができます。あなたが承諾を取り消した場合、弊社は、書面による承諾の対象となっていた目的によるあなたのPHIの使用または開示をしません。

あなたが承諾を取り消した場合、それは新しい開示についてのみ効果を有します。承諾を取り消すには、承諾を与えた治験実施施設またはプライバシー担当責任者 (AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org) までご連絡ください。

あなたのプライバシーの権利について

以下、PHIに関するあなたの権利および権利を行使する方法について簡単に説明します。

あなたはPHIのコピーを取得して確認する権利を有します。

- あなたは、あなたに関する書類および電子健康記録のコピーを取得して確認することができます。あなたの健康記録には、医療および請求に関する記録と、治療について医学的な決定を行う際に弊社が使用するその他の記録が含まれます。
- あなたは要請した形式で自分のPHIを取得する権利を有します。要請した形式で取得可能ではない場合、弊社は別の形式でPHIを提供します。
- 自分のPHIのコピーを取得して確認するには、AltaMed健康情報管理部 (RecordRequest@AltaMed.org) またはあなたがサービスを受けているAltaMedの施設へ要請書を提出してください。
- 健康記録を提供するにあたって料金がかかる場合があります。
- 特定の状況で、PHIのコピーの取得および確認の要請が却下される場合があります。要請が却下された場合、あなたはその決定を見直すよう要請することができます。

あなたはPHIの開示に関して制限を要請する権利があります。

- あなたは、弊社によるPHIの使用を、治療、支払い、医療運営目的に限定するよう求めることができます。弊社はあなたの要請を審査し検討します。
- あなたの要請が健康保険や保険会社に対する共有の制限であるが、あなた、またはあなたの代理人がすべてのサービス料金を自費で支払うのではない場合は、AltaMedはあなたの要請に同意する必要はありません。
- 承諾の範囲を制限、または撤回するには、AltaMed健康情報管理部 (RecordRequest@AltaMed.org) まで書面による要請を行う必要があります。要請書には、どの情報を制限したいのか、使用もしくは開示、またはその両方を制限したいのか、サービスに対して自分で全額を支払うのか、および/または誰に対し制限を行いたいのかを記載する必要があります。

あなたは弊社から別の手段または別の場所で内密に連絡を受けることができるよう要請する権利を有します。

- あなたはAltaMedに対し、別の住所または私書箱へ書面のみで、またはEメール、テキストメッセージ、あるいは電話にて連絡を行うよう要請する権利を有します。
- 機密情報の受信方法について変更をリクエストするには、AltaMedのプライバシー担当責任者に書面でリクエストを送付し、機密情報の受信方法を指定してください。

Attention: Privacy Officer
AltaMed Health Services Corporation
2040 Camfield Avenue
Los Angeles, CA 90040

- あなたの安全を保護するために必要な場合、AltaMedはすべての合理的な要請に応じます。

あなたはPHIの修正を要請する権利を有します。

- あなたのPHIに間違いがある、または重要な情報が欠けていると考えられる場合、あなたは弊社に対し記録の修正または追加を要請することができます。
- 変更を要請するには、AltaMed健康情報管理部 (RecordRequest@AltaMed.org) まで要請書を送付してください。あなたは要請する修正または追加の内容、および、なぜその修正や追加を行うべきかについて弊社に伝える必要があります。弊社は要請を審査した後、書面にて回答します。
- 弊社が要請を承認した場合、弊社はあなたのPHIに修正または追加を行います。要請を却下した場合、弊社はその理由を伝え、書面による不服申し立ての権利についてあなたに説明します。
- AltaMedは、自社が作成していない記録、あなたの健康記録の一部ではない記録、または法律上の目的により収集された記録を変更することはできません。
- AltaMedは、正確かつ完全であると判断された情報を変更することはできません。

あなたはPHIが共有された時期についてリストを受け取る権利を有します。

- あなたは、弊社がPHIを共有した組織と所在地のリストを要請する権利を有します。
- このリストには、弊社が情報を共有した相手、情報を共有した時期、情報を共有した理由、および共有した情報の説明が含まれます。
- このリストには、その情報があなたと共有された時期、あなたの許可を得て共有された時期、治療、支払い、または医療運用のため、および法律が認めるその他の例外のために共有された時期については記載されません。
- 開示の説明責任 (AOD) を要請するには、あなたはAltaMed健康情報管理部 (RecordRequest@AltaMed.org) まで要請書を提出する必要があります。要請書には、6年以内の期間を含めなくてはなりません。
- あなたは12カ月に1回リストを無料で受け取ることができます。追加のリストが必要な場合は、有料となる可能性があります。AltaMedは、要請が行われた時点であなたにこの料金を伝えます。

あなたは個人情報保護に関する本通知の紙のコピーを要請する権利を有します。

- 本通知の電子版については弊社ウェブサイトwww.AltaMed.orgから入手できます。
- 本通知の紙のコピーについては、プライバシー担当責任者 (AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org) またはあなたが外来治療を受けている施設に連絡することができます。

権利行使の際のAltaMedへの連絡方法

本通知で説明したプライバシーの権利の行使を希望する場合、あなたはAltaMedプログラムまたはあなたが治療またはサービスを受けている施設に連絡することができます。権利行使には用紙への記入が必要となる場合があり、その場合は弊社が記入をお手伝いします。または電話か手紙で以下に連絡し、弊社に支援を求めることができます。

Attention: Privacy Officer
AltaMed Health Services Corporation
2040 Camfield Avenue
Los Angeles, CA 90040
(888) 499-9303
AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org

保護された健康情報に関するAltaMedへの連絡方法

あなたのPHIについてご質問がある場合は、以下まで電話または書面でお問い合わせください。

Attention: Privacy Officer
AltaMed Health Services Corporation
2040 Camfield Avenue
Los Angeles, CA 90040
(888) 499-9303
AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org

AltaMed患者サービスセンターへの連絡方法

患者サービスセンター（(888) 499-9303）までお電話ください。

苦情/質問

弊社があなたのプライバシーを保護しなかったと考えられる場合、あなたは苦情を申し立てる権利を有します。あなたは以下の住所までAltaMedへ電話または手紙を書くことにより苦情（または不服）を申し立てることができます。本通知に関して質問がある場合または詳しい情報をご希望の場合は、以下の弊社プライバシー担当責任者までご連絡ください。

Attention: Privacy Officer
AltaMed Health Services Corporation
2040 Camfield Avenue
Los Angeles, CA 90040
(888) 499-9303
AltaMedPrivacyOffice@AltaMed.org

また、以下に連絡して苦情を申し立てることもできます。

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights - Pacific Region
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
フリーダイヤル：(800) 368-1019
ファクス：(202) 619-3818 | TDD：(800) 537-7697
電子メール：ocrmail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

恐れずに自分の権利を行使してください。あなたが弊社の個人情報保護に関する通知に関連して苦情を申し立てたとしても、弊社は報復措置をとりません。

最新のプライバシー慣行に関する通知を表示するには、www.AltaMed.org/regulatory-noticeにアクセスするか、このQRコードをスキャンします：

個人情報保護に関する通知 発効日：6/15/2023

