

校内保健中心

Carrie Downie Elementary

1201 Delaware Street
New Castle, DE 19720
电话: (302)323-2926

Wilmington Manor Elementary

200 E. Roosevelt Avenue
New Castle, DE 19720
电话: (302)323-2901

Eisenberg Elementary

27 Landers Lane
New Castle, DE 19720
电话: (302)429-4074

Castle Hills Elementary

502 Moores Lane
New Castle, DE 19720
电话: (302)323-2915

New Castle Elementary

903 Delaware Street
New Castle, DE 19720
电话: (302)323-2880

Wilbur Elementary

4050 Wrangle Hill Road
Bear, DE 19701
电话: (302)832-6330

Pleasantville Elementary

16 Pleasant Place
New Castle, DE 19720
电话: (302)323-2935

Southern Elementary

795 Cox Neck road
New Castle, DE 19720
电话: (302)832-6300

尊敬的家长/监护人:

校内保健中心 (SBWC) 是 Nemours Children's Health 和克罗尼尔学区 (Colonial School District) 之间的合作项目。此信函邀请您为您的孩子注册 SBWC。

医疗保健由您孩子所在学校的 SBWC 提供, 由医师或执业护士和心理学家或持证临床社会工作者/持证心理健康专业顾问予以提供。

如为您的孩子注册 **SBWC**, 您需要提供以下信息:

- 如果您的孩子有保险, 则需要提供**最新的保险信息**。(注: 不会向您收取任何共付额、共同保险费或免赔额, 并且不会因支付能力拒绝向任何人提供服务)。
- 一份**完整填写的同意书**(包含在本文件包中)。
- 一份完整填写的**学生注册表**和**健康历史信息表**(包含在本文件包中) 完整填写的报名/注册表应尽快寄回给 SBWC。

SBWC 提供的服务有:

- 体检
- 健康筛查
- 免疫接种
- 小病小伤的诊治
- 咨询(个人、家庭和团体)
- 危机干预和预防自杀
- 健康教育/降低风险

请注意, 您孩子的儿科医生或家庭医生仍将是您孩子的主要医生。**SBWC** 不会取代您孩子的儿科医生或家庭医生, **SBWC** 的医生和护士将与您孩子的主要医生一起照顾您的孩子。**SBWC** 提供的服务可能是您的主要医生提供的护理服务的补充。在适当的情况下并经您许可, 我们将与您孩子的医生共享医疗信息, 以防止任何重复的医疗保健服务, 并照顾好您的孩子。如果您的孩子没有医生, 我们可以帮您找到一位医生。

我们希望您为您的孩子注册 **SBWC**。然后, 与您和您孩子的主要医生携手, 我们可以努力让您的孩子保持健康和持续上学。请鼓励您孩子的儿科医生或家庭医生向 **SBWC** 咨询有关问题。**如果您有疑问或需要更多信息, 请致电校内保健中心。**

谨上,

Denise Hughes

人口健康专家 (302) 332-
2642



患者姓名：
电子病历编
出生日期：

校内保健中心家长/学生服务同意书

本人，_____同意_____

(学生家长/法定代理人)

(学生姓名)

在由 **Nemours Children's Health (Nemours)** 管理的校内保健中心接受健康服务。提供的服务：

- 综合健康评估（适用于没有初级保健医生的学生）
- 免疫接种
- 轻微、急性和慢性疾病的诊断和治疗
- 转介和跟进专科护理、口腔和视力健康服务
- 心理健康、危机干预、咨询和治疗
- 转介精神健康和药物滥用服务，包括紧急精神科护理、社区和支持计划

在同意允许我的孩子注册校内保健中心时，我确认并同意以下内容：

1. 我有机会收到并查阅随附的《Nemours 隐私保护规范声明》手册。（包含在文件包中）
2. **我了解**，可能会就承保服务向保险结算费用，我同意在服务提供之前提供保险信息。
3. **我了解**，校内保健中心不会因使用其服务而收取共付额或任何其他自付费用。
4. **我了解**，本同意书可随时以书面形式撤销，但在撤销本同意书之前已采取的任何行动除外。撤销必须以书面形式发送至与我的孩子护理相关的校内保健中心。
5. **我了解**，校内保健中心与克罗尼尔学区合作。作为此项合作的一部分，双方可以在需要知悉的情况下查看和共享关于我孩子的所有书面和口头信息，包括学校和医疗记录。为了孩子和家庭的最大利益，他们还可以与克罗尼尔学区学校的工作人员讨论相关的医疗和/或社会需求。
6. **我了解**，包括录音（照片、视频、电子或音频媒体）在内的信息只能在以下情况下收集、使用和与他人共享：

校内保健中心家长/学生服务同意书

- 与医疗保健提供者协调治疗；
- 确保我们为您转介的服务提供者拥有所有的必要健康信息；
- 资格条件、计费、索赔管理、医疗必要性和实用性审核；
- 按要求报告诸如传染病的疾病或伤病；
- 按要求向登记处报告癌症和免疫接种；以及
- 纳入健康信息交换 (Health Information Exchange) 平台。

7. **我同意**，学校工作人员可以陪同我的孩子进行体检。

8. **我同意**，在注册健康史信息表和本同意书上提供的信息均准确、完整。

9. 远程医疗

- 我了解，“远程医疗”是一种使用数字通信技术提供医疗保健服务的模式，用于帮助评估、诊断、咨询、教育、监控和管理护理以及治疗，而无需与我的提供者处于同一实际地点。
- 我了解，远程医疗问诊与当面问诊不同，因为我不会与我的提供者在同一个房间。我了解，除非我的身体状况可以使用这项技术，否则我不会通过远程医疗接受治疗，因为我的提供者将无法执行某些方面的全面体检。
- 我了解，数字通信技术可能包括但不限于实时双向音频、视频或其他电信或电子通信，包括远程患者监护、安全视频会议和/或与我的护理团队的安全短信。
- 我了解，使用远程医疗服务有很多益处，包括但不限于方便的医疗评估和管理。我还了解，通过远程医疗接受治疗存在风险，包括但不限于音频/视频连接中断，这可能导致问诊推迟到以后和/或通过替代方法进行，并且在极少数情况下，未经授权访问我的机密信息。如果发生技术故障，我了解，我应立即联系我的提供者办公室，或者，如果遇到紧急情况，应拨打 911。
- 我了解，保护我的医疗信息机密性的法律也适用于远程医疗，并且 Nemours 使用安全协议帮助保护我的隐私并确保我的机密通信仅发送给所需的护理团队成员。

校内保健中心家长/学生服务同意书

- 我了解，未经我同意，Nemours 不会录制我的远程医疗问诊期间的视频或音频。
- 我同意 Nemours 从我这里获取健康信息，并在我的提供者或我的护理团队的合格成员认为合适和必要的时间和地点，通过远程医疗通信向我提供医疗保健服务。
- 我了解，我可以随时拒绝或停止参与远程医疗服务并请求替代服务，例如当面问诊。

10. 我的孩子和我已仔细阅读本同意书。我所有的疑问（如有）均已得到令我满意的回答。我了解，如果我在签署本服务同意书之前或之后有任何疑问，我可以致电校内保健中心协调员。

通过在下方签名，我确认我是以上提及的学生的家长或法定代理人，并且已阅读上述关于我孩子的校内保健中心提供服务的同意声明，并自愿同意让我的孩子参加。我确认，并未向我保证关于可能从服务/治疗中获得的结果。

家长/法定代理人的签名： _____

家长/法定代理人的工整填写姓名： _____

与患者的关系： _____ 日期： _____ 时间： _____ （上午/下午）

*Nemours 包括：The Nemours Foundation（Nemours 基金会，佛罗里达州的一家非营利公司），其运营部门和场所，以及其关联方和子公司，包括特拉华州 Nemours 儿童医院；佛罗里达州 Nemours 儿童医院；布林莫尔 Nemours 儿童医院外科中心；以及德特福德 Nemours 儿童医院外科中心；以及所有以 Nemours Children's Health 名义运营的实体。

患者姓名：
电子病历编
号：

校内保健中心患者登记表

学校：（请圈选）			
Carrie Downie Elementary	Castle Hills Elementary	Eisenberg Elementary	New Castle Elementary
Pleasantville Elementary	Southern Elementary	Wilbur Elementary	Wilmington Manor Elementary
年级： K 1 2 3 4 5		学生证（午餐）编号：	
患者姓氏：		名	中间名：
确定的性别：		男	女
变性男性		变性女性	
不想回答		出生日期：	
地址：		城市：	
州：		邮政编码：	
语言（圈选一项）		Nemours 患者（圈选一项）：	
英语 西班牙语 手语 法语 其他		是 否	
说英语？		需要口译员（圈选一项）：	
完全不会 不太好 流利 非常流利 不想回答		是 否	
族裔（圈选一项）：		波多黎各人 墨西哥人, 墨西哥裔美国人, 奇卡诺人 古巴人	
非西班牙裔或拉丁裔 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙人 不想回答			
种族（圈选一项）：		美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚洲印度裔 黑人或非裔美国人 华裔	
菲律宾人 夏威夷原住民 其他亚洲裔		关岛人或查莫洛人 日本人 白人或白种人 越南人	
萨摩亚人 其他太平洋岛民 其他 不想回答			
家长 1 法定全名：		出生日期：	住宅电话：
地址：		手机：	
城市：		工作电话：	
州：		邮政编码：	
您是否拥有患者的合法监护权（选择一项）？ <input type="checkbox"/> 完全监护 <input type="checkbox"/> 共同监护 <input type="checkbox"/> 无监护权			
家长 2 法定全名：		出生日期：	住宅电话：
地址：		手机：	
城市：		工作电话：	
州：		邮政编码：	
您是否拥有患者的合法监护权（选择一项）？ <input type="checkbox"/> 完全监护 <input type="checkbox"/> 共同监护 <input type="checkbox"/> 无监护权			
法定代理人姓名（如果不是家长）：		出生日期：	住宅电话：
与学生的关系：		手机：	
地址：		工作电话：	
城市：		州：	
邮政编码：		您是否拥有患者的合法监护权（选择一项）？ <input type="checkbox"/> 完全监护 <input type="checkbox"/> 共同监护 <input type="checkbox"/> 无监护权	

患者姓名：
电子病历编
号：

校内保健中心患者登记表

<p>▶ 保险信息（必填） - 请发送一份副本或拍照并通过电子邮件发送保险卡的正面和背面至 SBHC@nemours.org</p> <p>护理费用的支付来源，请选择以下一项：</p> <p><input type="checkbox"/> 无保险</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid 提供者： _____</p> <p>Medicaid 编号： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 商业保险： _____</p> <p>保单编号： _____</p> <p>投保人姓名： _____</p> <p>与学生的关系： _____</p> <p>投保人出生日期： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 特拉华州健康儿童计划</p>	<p style="text-align: center;"><i>辅助保险信息：</i></p> <p>_____ Medicaid 提供者： _____</p> <p>_____</p> <p>Medicaid 编号： _____</p> <p>_____</p> <p>商业保险： _____</p> <p>保单编号： _____</p> <p>投保人姓名： _____</p> <p>与学生的关系： _____</p> <p>投保人出生日期： _____</p>
---	---

缩写词：K： 幼儿园； ID： 身份证； #: 编号

*Nemours 包括： The Nemours Foundation（Nemours 基金会，佛罗里达州的一家非营利公司），其运营部门和场所，以及其关联方和子公司，包括特拉华州 Nemours 儿童医院；佛罗里达州 Nemours 儿童医院；布林莫尔 Nemours 儿童医院外科中心；以及德特福德 Nemours 儿童医院外科中心；以及所有以 Nemours Children's Health 名义运营的实体。

患者姓名：
电子病历编
号：

校内保健中心健康历史信息表

校内保健中心的工作人员需要完整且准确的健康历史信息才能提供优质护理服务。请尽您所能填写此表格并打印所有信息。

学生的姓名_____出生日期_____年级_____

(姓氏) (名字) (中间名)

您的孩子是否有任何过敏症？（食物、药物、乳胶）

是 否 如果填写“是”，可否列出？_____

请提供以下关于您孩子正在服用的药物的信息。

药物名称	用药原因	用药期间
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

初级保健提供者的姓名：_____

上次体检日期：_____

请说明您的孩子是否有以下任何情况：

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 听力问题 | <input type="checkbox"/> 季节性过敏 |
| <input type="checkbox"/> 贫血 | <input type="checkbox"/> 发育迟缓 | <input type="checkbox"/> 心脏病 | <input type="checkbox"/> 癫痫 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肾脏/膀胱疾病 | <input type="checkbox"/> 镰状细胞 |
| <input type="checkbox"/> 自闭症 | <input type="checkbox"/> 耳部感染 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 胃/肠道问题 |
| <input type="checkbox"/> 出生缺陷/遗传问题 | <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 早产 | <input type="checkbox"/> 结核病 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 食物过敏 | <input type="checkbox"/> 复发性尿路感染 | <input type="checkbox"/> 视力问题 |
| <input type="checkbox"/> 脑瘫 | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> 风湿性心脏病 | |

缩写词：ADD/ADHD：注意力缺陷障碍/注意力缺陷多动障碍；GERD：胃食管反流症

如果选中以上任何一项，请提供更多详细信息。_____

您的孩子是否曾经住院或接受过情绪健康咨询？

是 否 如果填写“是”，什么时候？_____在哪里？_____

原因：_____

患者姓名：
电子病历编
号：

校内保健中心健康历史信息表

请选择您**孩子的家庭成员**（父母、兄弟、姐妹、祖父母、阿姨、叔叔等）是否患有以下任何疾病，并在疾病旁边注明是哪位家庭成员。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 酗酒/吸毒 _____ | <input type="checkbox"/> 遗传病 _____ | <input type="checkbox"/> 肥胖 _____ |
| <input type="checkbox"/> 贫血 _____ | <input type="checkbox"/> 心脏疾病 _____ | <input type="checkbox"/> 癫痫 _____ |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 _____ | <input type="checkbox"/> 高血压 _____ | <input type="checkbox"/> 镰状细胞 _____ |
| <input type="checkbox"/> 癌症 _____ | <input type="checkbox"/> 高胆固醇 _____ | <input type="checkbox"/> 睡眠障碍 _____ |
| <input type="checkbox"/> 先天性听力缺失 _____ | <input type="checkbox"/> 肾脏/膀胱疾病 _____ | <input type="checkbox"/> 中风 _____ |
| <input type="checkbox"/> 抑郁 _____ | <input type="checkbox"/> 肝脏/胆囊疾病 _____ | <input type="checkbox"/> 不明原因的死亡 _____ |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 _____ | <input type="checkbox"/> 精神疾病 _____ | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

家长/法定代理人的疑虑

如果您有任何疑虑，请安排访问校内保健中心，或者您可以致电 (1-302-429-4083) 联系我们讨论您的疑虑。

如果您在建立保险、寻找医生或牙医方面需要帮助，请致电校内保健中心。

填写人签名： _____ 日期： _____ 时间： _____ 上午 / 下午

填写人的工整书写姓名： _____

审核人签名： _____ 日期： _____ 时间： _____ 上午 / 下午

审核人的工整书写姓名： _____



健康的社会性决定因素

截至日期：2020年12月8日

患者姓名：

出生日期：

今天的日期：

Nemours 希望为您的孩子与家人尽可能提供最好的照护。生活中有很多潜在的事物会影响孩子的健康，例如饮食、交通、职业，以及是否能负担医药或医疗费用。基于以上问题，我们正在学习如何进一步为孩童与家庭提供服务。

这些问题可能会涉及个人隐私，但是您分享的任何信息与您的所有病历一样，都会予以保密对待。若有任何违规，将依法处理。

您是否希望填写此表格？

是 否

1. 在过去 12 个月内，您是否曾发生食物短缺且无钱购买更多食物的情况？

是 否

2. 在过去 12 个月内，您是否曾无力负担您或孩子就医、看牙医或购买药物的费用？

是 否

3. 在过去 12 个月内，您是否曾因无法前往药房或就医，而造成孩子无法服药或错失诊疗预约？

是 否

4. 在过去 12 个月内，您是否曾因无法支付帐单（电费、瓦斯费、水费、暖气费或电话费）而遭到公用事业公司停止供应服务？

是 否

5. 稳定的互联网是否会成为您的负担？

是 否

6. 在过去 12 个月内，即使只有 1 晚，您或孩子是否不得不与其他人一起住在庇护所、酒店内，或露宿街上、长椅上、车内或公园？

是 否

7. 近期您的住处是否有任何问题，例如霉菌、虫害、蚂蚁或老鼠、含铅油漆或水管、暖气或空调不足、烟雾侦测器、烤箱或火炉故障或缺，以及漏水或其他维修问题？

是 否

8. 您是否担心失去住宅？

是 否

9. 您是否担心养育/亲属关系、监护权安排或家人的移民身份？

是 否

10. 在过去 12 个月内，您或任何其他家庭成员是否曾遭到殴打、威胁、虐待或霸凌？

是 否

11. 您对于社区是否有安全、枪支暴力、整洁度或犯罪方面的疑虑？

是 否

12. 您是否有时会难以理解医生或护士针对孩子的健康状况或用药所做的说明？

是 否

13. 您是否有时会难以理解医嘱与医疗文件？

是 否

14. 在过去 12 个月内，您或孩子是否曾需要协助而无法求助（例如交通或托儿问题）？

是 否 如果回答为“是”，可否解释说明？

您是否希望收到关于应对这些需求的信息？

是 否

生效日期：2021 年 7 月 6 日

隐私保护规范声明

《Nemours 隐私保护规范声明》（“本声明”）描述了我们可能会如何使用和披露关于您或您孩子的医疗信息，以及您如何获得这些信息。请仔细查阅。

这是您的信息

您的健康记录属于 Nemours，但它是您的信息。

我们的责任是：

- 保护您的健康信息的隐私和安全。
- 遵守本声明中所述的职责和隐私保护规范。
- 向您提供一份本声明；如果您有任何疑问或顾虑，随时解答您的疑问或顾虑。
- 仅按照本声明中所述的方式使用或共享您的信息，除非您同意以其他方式使用或共享。如果您给予同意，您可以随时撤回同意。如果您撤回同意，请以书面方式告知我们。
- 如果您的信息遭到泄露，我们将立即通知您。

要详细了解您根据 HIPAA 享有的权利，请访问

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>。



NEMOURS
CHILDREN'S HEALTH

超越医学

您的健康信息权利

- **获取记录**

您可以要求接收您的医疗记录和其他健康信息的电子或纸质副本。我们通常会在您提出要求后 30 天内提供一份您的健康信息副本或摘要。我们可能会收取基于成本的合理费用。

在极少数情况下，我们可能会拒绝您的要求并提供解释。如果我们拒绝您的要求，您可以要求由 Nemours 选择的另一位医疗保健专业人员进行审查，我们将遵守审查结果。

- **修改您的病历**

您可以要求我们更正您认为不正确或不完整的关于您的健康信息。您可以联系我们了解如何申请更正。我们可能会拒绝您的要求，但我们会在 60 天内以书面方式告诉您拒绝理由。

- **要求限制**

您可以要求 Nemours 不要为了治疗、付款或医疗保健操作共享您的健康信息。您也可以要求限制向您的护理人员共享您的健康信息。例如，您可以要求我们不共享关于护理程序或治疗的信息。

我们不一定同意您的要求，但我们会尽力做到。如果我们可以满足您的要求，我们会通知您。如果我们同意该限制，我们将遵守该限制，除非需要该信息提供治疗。

如果您全额支付服务或医疗保健项目的费用，您可以要求我们不要出于付款或我们与您的健康保险公司的运营目的共享该信息。我们会同意您的要求，除非法律要求我们必须共享该信息。

- **要求保密通信**

我们可能会通过电子邮件、短信、电话和我们的患者门户网站与您沟通。

我们门户网站以外的电子邮件、短信或电子通信可能未加密或不安全，可能会被其他人或组织拦截。如果您向我们提供手机号码或电子邮件地址与您沟通，我们将假定您已了解这些风险。

您可以随时要求我们以您觉得舒适的方式就健康事宜与您联系。例如，您可以要求我们仅在工作时间或通过邮件与您联系。我们将接受所有合理要求。

- **更正受保护的健康信息**

如果您认为我们持有的信息不正确或不完整，您可以要求更新。

Nemours 将审查此类要求并以书面方式通知您我们的决定。如果给予批准，Nemours 将更新信息。我们还将尽力通知已获得此类信息的其他人。

如果我们拒绝此类要求，Nemours 将在 60 天内提供拒绝理由并告诉您如何对该决定提出上诉。

- **披露明细表**

您可以索要一份清单（明细表），其中包括在您查询之日之前六年我们共享您的健康信息的次数、我们与谁共享您的信息以及原因。

其中将包括所有披露，除了关于治疗、付款和医疗保健业务的披露以外，还包括某些其他披露（例如您要求我们进行的任何披露）。我们将每年免费提供一份明细表，但是如果您在 12 个月内要求提供另一份明细表，我们可能会收取基于成本的合理费用。

- **个人代表**

如果您已向某人提供医疗授权书或某人是您的法定监护人，该人则可以行使您的权利并对您的健康信息做出选择。在我们采取任何行动之前，我们将审核此人是否拥有权限并且可以代表您行事。

Nemours 如何使用和共享我的信息？

我们可能会出于以下目的和示例使用和共享您的健康信息：

- **确保您得到最好的治疗。**

我们将与您的其他医疗保健提供者共享您的诊断和治疗等详细信息。我们将与 Health Information Exchanges 共享诊断和治疗信息，以便您在接受参与这些交流的提供者的治疗时不会遇到不必要的护理延误。您可以联系隐私办公室以防止您的信息与 Health Information Exchanges 共享。我们将根据需要在 Nemours 内分享您的诊断和治疗信息，以尽可能提供最好的护理。

- **收取我们提供的服务的付款。**

我们向您的保险公司提供信息，以便其可以向我们支付为您提供的服务。可能会共享计划的治疗方案，以便我们获得您对所需服务的批准。

- **改善我们的护理服务和操作。** 我们可能会使用您的全部或部分健康信息改进治疗方法。我们将使用您的健康信息为患者和家人提供最好的服务。我们可能会与我们的业务合作伙伴共享您的健康信息，以评估我们的服务、计划和设施。

- **通知您与健康相关的服务和福利：**

- » 以便您了解新的 Nemours 服务或地点
- » 向您发送与您的疾病或身体状况相关的教育材料
- » 宣布医生或其他护理提供者的入职或离职
- » 提醒您预约和处方配药
- » 向您介绍特殊活动和筹款活动

- **与其他医疗保健组织和提供者合作。**我们这样做的目的是协调和提供护理、降低成本、提高质量并为我们提供的服务实现更高的价值。这些合作伙伴关系的示例包括：
 - » 临床综合网络 (CIN)，
 - » 在其他医疗保健组织提供服务，以及
 - » 其他有组织的医疗保健安排 (OHCA)。

在未经您同意或反对的情况下，我们可能会共享哪些信息？

- **如果法律要求。**如果联邦、州或地方法律要求我们共享您的健康信息，我们则必须进行共享。
- **公共卫生目的。**我们可能会为公共卫生活动共享您的健康信息。公共卫生活动包括：
 - » 预防或控制疾病、伤害或残疾
 - » 报告出生和死亡
 - » 报告药物反应或产品问题
 - » 通知召回某人可能正在使用的产品
 - » 通知可能接触过疾病、或者有感染或传播疾病风险的人
- **虐待或遗弃。**我们可能会向公共卫生主管部门或法律授权接收虐待、暴力或遗弃报告的其他政府主管部门披露受保护的健康信息。
- **健康监管活动。**对于法律授权的活动，我们可能会将您的健康信息披露给监管机构。例如审计、调查、检查和许可。这些活动对于政府监管医疗保健系统、政府计划以及遵守法律法规均是必要的。
- **避免对健康或安全造成严重威胁。**Nemours 可能会在必要时使用或披露您的健康信息，以防止对公众、他人或您的健康和造成严重威胁。
- **器官和组织捐赠。**如果您是器官捐赠者，我们可能会根据需要将您的健康信息发布给处理器官获取或器官、眼睛或组织移植的机构，或器官捐赠银行，以促进捐赠和移植。
- **工伤赔偿。**我们可能会为了工伤赔偿或类似保险计划披露您的健康信息。这些保险计划提供与工伤或职业病相关的赔付款项。
- **军人和退伍军人。**如果您是武装部队成员，Nemours 可能会根据军事指挥当局的要求披露您的健康信息。
- **司法和行政程序。**我们可能会根据法院或行政命令、传票、证据开示要求或其他涉及争议的人士的合法程序要求披露您的健康信息。

- **验尸官、法医和殡仪馆负责人。**我们可能会向验尸官或法医披露您的健康信息。例如，识别死者身份或确定死因可能必要的信息。我们可能会向殡仪馆负责人披露您的健康信息以履行其职责。
- **惩戒机构。**如果您在惩戒机构或执法人员的监管之下，我们可能会向他们分享或披露您的健康信息。这些是为您提供医疗保健、保护他人的健康和安全或为了惩戒机构的安全和保障而必要的信息。
- **国家安全和情报活动。**我们可能会向授权的联邦官员披露您的健康信息，以用于法律授权的情报、反情报和其他国家安全活动。
- **总统和其他人的保护服务。**我们可能会向政府执法部门披露您的健康信息，从而使其能够为民选宪政官员、州政府官员提供保护，或者用于调查。
- **执法。**如果执法人员要求，我们可能会共享您的健康信息：
 - » 试图确定或定位犯罪嫌疑人、逃犯、重要证人或失踪人员，调查犯罪。
 - » 调查我们认为可能由可疑行为造成的死亡。
 - » 在必要情况下报告犯罪，包括地点、受害者，或者犯罪行为者的身份、描述或地点。
- **研究。**我们开展并参加许多研究活动。所有研究项目必须通过特殊审查程序获得批准，以保护患者的安全、福利和隐私。审查程序确定对您的信息的访问请求是否符合联邦和州的信息保护要求。

在您未反对的情况下，Nemours可能会使用和披露哪些健康信息？

- **营销。**Nemours 可能会使用您的健康信息向您发送与您的疾病或身体状况相关的教育材料，向您提供与您的疾病或身体状况相关的某些治疗替代方案的建议，或告诉您与您的疾病或身体状况相关的某些健康福利和服务。我们不会出售您的健康信息，除非您给予我们书面许可。
- **筹款。**我们可能会出于筹款目的与您联系，但您可以告诉我们不要再与您联系。
- **医院名录。**在您访问时，我们将在我们的医院名录中包含关于您的有限信息，以便您的家人、朋友和神职人员可以在医院联系或探望您。您可以选择是否将您的信息包含在我们的名录中。当您在医院期间，您可以要求不要将您的信息列入该名录。

- **家庭成员和其他参与您的医疗护理的人员。**我们可能会与参与您的医疗护理的朋友或家人共享您的健康信息。如果您允许我们共享，或者如果根据我们的专业判断，这符合您的最佳健康利益，我们则会共享您的健康信息。
- **救灾。**我们可能会向协助救灾工作的组织（例如，红十字会）披露关于您的健康信息，以便您的家人可以了解您的状况、状态和位置。

如果您无法告诉我们您的偏好，例如如果您失去知觉，如果我们认为这符合您的最佳利益，我们可能会继续共享您的信息。我们也可能在需要时共享您的信息，以减少对健康或安全的严重且迫在眉睫的威胁。

我的健康信息会被用于哪些其他用途？

只有在获得您的书面授权后，才能使用和披露本声明或保护您的健康信息的联邦或州法律未涵盖的关于您的健康信息。

我是否可以撤销我的信息披露授权？

如果您授权我们使用或披露您的健康信息，但您改变主意，您可以随时使用下面的联系信息向 Nemours 隐私办公室提出请求，以撤销您的授权。我们将在处理您的请求后立即停止共享您的信息。但是，我们将无法收回/编辑我们已经共享的任何信息。

我如何联系 Nemours 隐私办公室？

您可以致电 (800) 472-6610 联系 Nemours 隐私办公室，或发送电子邮件至 privacy@nemours.org，或邮寄到我们的以下地址：

The Nemours Privacy Office, Attn:Chief Privacy Officer 10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

我在哪里可以获得《隐私保护规范声明》的副本？

您可以随时索取本声明的纸质副本，即使您已同意以电子方式接收本声明。请问任何 Nemours 工作人员，我们将立即为您提供一份副本。

我们可能会修改本声明的条款，这些修改将适用于我们拥有的关于您的所有信息。新的声明将根据要求在我们的办公室和我们的网站(<https://www.nemours.org/privacy-practices.html>)上提供。

如果我认为我的医疗保健信息权利受到侵犯，并且我想提出投诉，该怎么办？

我们将及时解决每个问题、评论或疑虑。这是您的权利，Nemours 不会因您提出投诉而对您进行报复。您可以直接向 Nemours 提出投诉，以解决关于您的健康信息的任何疑虑或问题。您可以致电 (800) 472-6610、发送电子邮件至 privacy@nemours.org、或邮寄至以下地址联系隐私办公室：

The Nemours Privacy Office, Attn:Chief Privacy Officer 10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

您也可以向美国卫生与公共服务部民权办公室提出书面投诉，地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C.20201，或致电 (877) 696-6775，或访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints。

如果您希望保持匿名，请致电 Nemours 合规热线 (866) 636-4685。

如果我的信息从 Nemours 丢失或被盗，该怎么办？

Nemours 隐私办公室将与您联系，告知您丢失了哪些信息以及如何最好地保护自己。

语言帮助

您可以免费获得语言帮助服务。请致电 (800) 851-5691 寻求帮助。更多信息，请查阅：<https://www.nemours.org/notice-of-nondiscrimination.html>。

本《隐私保护规范声明》适用于Nemours基金会及其所有关联公司、设施、计划和部门，包括所有受雇的医师和其他医务人员以及合作医疗人员。医务人员，包括您的私人医师，在使用或披露您受保护的健康信息方面可能有不同的隐私政策或保护规范。在 <https://www.nemours.org/contact.html> 上查看 Nemours 地点和关联公司的完整列表。

