

患者姓名	出生日期	患者識別號
患者地址		

我請求關於我護理和治療的健康資訊可以按照本同意書所述方式進行存取。我可以選擇是否允許 [Name of Provider Organization] (包括其代理人) 透過健康資訊交換組織 Healthix 存取我的醫療記錄。如果我給予同意，我在不同醫療保健機構的醫療記錄可以使用全州電腦網路被存取。Healthix 是一家非營利組織，以電子方式共用人們的健康資訊，並符合《健康保險流通和責任法》(HIPAA)和紐約州法律的隱私和安全標準。如需瞭解詳情，請瀏覽 Healthix 的網站 [www.healthix.org](http://www.healthix.org)。

除非我填寫本同意書並勾選 3 號方框 (表示我拒絕同意，即使在急救狀況下)，否則我的資訊可以在急救情況下訪問。

我在本同意書中所做的選擇將不會影響我獲得醫療保健的能力。我在本同意書中做出的選擇不允許健康保險公司存取我的資訊，以決定是否為我提供健康保險或支付我的醫療帳單。

<p><b>我的同意選擇。</b> 勾選我所做選擇左側的<u>一個</u>方框。</p> <p>我可以現在或以後填寫本同意書。</p> <p>我還可以隨時填寫新同意書，變更我的決定。</p>
<p><input type="checkbox"/> 1.我同意 [Name of Provider Organization] 透過 Healthix 存取我的<u>所有</u>電子健康資訊，以提供醫療保健 (包括急救醫護)。</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. 我拒絕同意 (急救情況除外) [Name of Provider Organization] 透過 Healthix 存取我的電子健康資訊。</p>
<p><input type="checkbox"/> 3.我拒絕同意 [Name of Provider Organization] 出於任何目的 (即使在急救情況下)，透過 Healthix 存取我的電子健康資訊。</p>

如果我想拒絕同意所有參與 Healthix 的提供者組織和健康計劃透過 Healthix 存取我的電子健康資訊，我可以訪問 Healthix 的網站 [www.healthix.org](http://www.healthix.org) 或致電 Healthix 877-695-4749 來表達我的意願。

我對本同意書的問題已經得到解答，並且得到一份本同意書副本。

患者或患者法律代表簽名	日期
-------------	----

[Insert Organization Name/Logo]

法律代表工整書寫姓名 (如適用)	法律代表與患者的關係 (如適用)

透過 Healthix 存取的資訊及同意流程的詳情：

- 1. 如何使用您的資訊。** 您的電子健康資訊將僅用於以下醫療保健服務：
  - **治療服務。** 為您提供醫學治療及相關服務。
  - **保險資格驗證。** 檢查您是否有健康保險及其保障範圍。
  - **護理管理活動。** 包括協助您獲得適當的醫療保健，提高向您所提供服務的品質，協調向您提供的多種醫療保健服務，或支援您遵循醫療保健計劃。
  - **品質改善活動。** 評估和提高向您及所有患者提供醫療保健的品質。
- 2. 包括您的哪些類型資訊。** 如果您給予同意，列出的提供者組織可以透過 Healthix 存取您的所有電子健康資訊。這包括本同意書簽署日期之前和之後創建的資訊。您的健康記錄可能包括您的病史或受傷史（例如糖尿病或骨折）、檢驗結果（例如 X 射線或驗血）及您曾經服用的藥品列表。這些資訊可能包括敏感健康狀況，包括但不限於：
  - 酒精或毒品使用問題和診斷
  - 生育控制和墮胎（計劃生育）
  - 遺傳疾病或檢驗
  - HIV/愛滋病
  - 心理健康狀況
  - 性傳播疾病
  - 藥物和劑量
  - 診斷資訊
  - 過敏症
  - 物質使用史概要
  - 臨床筆記
  - 出院概要
  - 就業資訊
  - 生活狀況
  - 社會支持
  - 保險申領就醫資料
  - 化驗結果
- 3. 您健康資訊的來源。** 關於您的資訊來自於為您提供醫療保健或健康保險的機構。這些機構包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司、Medicaid 計劃及其他以電子方式交換健康資訊的組織。Healthix 可以提供一份完整、最新的名單。您可以隨時查看 Healthix 的網站 [www.healthix.org](http://www.healthix.org) 或致電 877-695-4749 獲得一份最新的名單。
- 4. 在您給予同意的情況下，哪些人可以存取您的資訊。** 只有您同意存取您資訊的組織的醫生及其他工作人員，才能執行第一段所述本同意書允許的活動。
- 5. 公共衛生和器官採購組織存取。** 聯邦、州或當地公共衛生機構和某些器官採購組織得到法律授權，可出於某些公共衛生和器官移植目的，在無需得到患者同意的情況下，存取患者健康資訊。這些實體可以出於這些目的，透過 Healthix 存取您的資訊，而無需考慮您是否給予同意，拒絕同意或不填寫同意書。
- 6. 不當存取或使用資訊的懲罰。** 若不當存取或使用您的電子健康資訊，將會面臨懲罰。如果任何時候，您懷疑有人不當查看或存取您的資訊，請致電提供者組織：\_\_\_\_\_；或訪問 Healthix, Inc. 的網站：[www.healthix.org](http://www.healthix.org)；或致電紐約州衛生署 5 18-474-4987；或透過以下連結按照聯邦民權辦公室的投訴流程操作：<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>。
- 7. 轉披露資訊。** 您給予同意存取您的健康資訊的任何組織都可以轉披露您的健康資訊，但僅限於州和聯邦法律和規定允許的範圍之內。只有提供關於禁止轉披露的規定聲明，才能存取和轉披露酒精/毒品治療的相關資訊或機密的 HIV 相關資訊。
- 8. 有效期。** 本同意書將一直有效，直至您更改同意選擇、死亡或 Healthix 停止運營為止。如果 Healthix 與其他合格實體合併，您的同意選擇仍將在新合併實體中有效。
- 9. 變更您的同意選擇。** 您可以隨時透過新同意書提交新選擇，更改您的同意選擇及任何提供者組織或健康計劃。在您的同意書生效期間，透過 Healthix 存取您健康資訊的組織可以複製您的資訊或將您的資訊納入他們的醫療記錄中。即使您稍後決定變更您的同意，他們也無需退回您的資訊或從他們的記錄中刪除您的資訊。

10. 同意書副本。您有權得到本同意書的一份副本。