

Εξουσιοδότηση για πρόσβαση στις πληροφορίες ασθενούς
Μέσω οργανισμού ανταλλαγής πληροφοριών υγείας

Υπηρεσία Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης

Όνοματεπώνυμο ασθενούς	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός αναγνώρισης ασθενούς
Διεύθυνση ασθενούς		

Ζητώ να επιτραπεί η πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας που αφορούν την περίθαλψη και την αγωγή μου, όπως καθορίζεται στο παρόν έντυπο. Μπορώ να επιλέξω αν θα επιτρέψω ή όχι στον οργανισμό [Name of Provider Organization] (συμπεριλαμβανομένων των αντιπροσώπων του) να αποκτήσει πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους μου μέσω του οργανισμού ανταλλαγής πληροφοριών υγείας με την επωνυμία Healthix. Αν δώσω τη συγκατάθεσή μου, θα είναι δυνατή η πρόσβαση στους ιατρικούς φακέλους μου που τηρούνται στα διάφορα μέρη όπου λαμβάνω υπηρεσίες υγείας, μέσω ενός δικτύου υπολογιστών που καλύπτει ολόκληρη την Πολιτεία. Η Healthix είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που μοιράζεται πληροφορίες ηλεκτρονικά σχετικά με την υγεία ατόμων και πληροί τα πρότυπα προστασίας απορρήτου και ασφάλειας που έχει θεσπίσει ο νόμος περί διαθεσιμότητας και υπευθυνότητας της ασφάλισης υγείας (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) και η νομοθεσία της Πολιτείας της Νέας Υόρκης. Για να μάθετε περισσότερα, μπορείτε να επισκεφθείτε τον ιστότοπο της Healthix στη διεύθυνση www.healthix.org.

Μπορεί να υπάρξει πρόσβαση στις πληροφορίες μου σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εκτός και αν συμπληρώσω στο έντυπο το πλαίσιο 3, το οποίο δηλώνει ότι αρνούμαι να δώσω τη συγκατάθεσή μου *ακόμα* και αν πρόκειται για επείγον ιατρικό περιστατικό.

Η επιλογή που κάνω σε αυτό το έντυπο ΔΕΝ επηρεάζει τις δυνατότητες ιατρικής περίθαλψης που δικαιούμαι. Η επιλογή που κάνω σε αυτό το έντυπο ΔΕΝ επιτρέπει σε ασφαλιστικές εταιρείες υγείας να αποκτήσουν πρόσβαση στις πληροφορίες μου προκειμένου να αποφασίσουν αν θα μου παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας ή για την πληρωμή των ιατρικών μου λογαριασμών.

<p>Η απόφασή μου για τη συγκατάθεση. Επιλέγω ΕΝΑ πλαίσιο, στα αριστερά της απόφασής μου. Μπορώ να συμπληρώσω το έντυπο τώρα ή στο μέλλον. Μπορώ επίσης να αλλάξω την απόφασή μου όποτε θέλω συμπληρώνοντας νέο έντυπο.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ ώστε ο οργανισμός [Name of Provider Organization] να αποκτήσει πρόσβαση μέσω της Healthix σε ΟΛΕΣ τις πληροφορίες για την υγεία μου που τηρούνται ηλεκτρονικά, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας (συμπεριλαμβανομένης της επείγουσας φροντίδας).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. ΑΡΝΟΥΜΑΙ ΝΑ ΔΩΣΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΕΚΤΟΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ, για να αποκτήσει ο οργανισμός [Name of Provider Organization] πρόσβαση μέσω της Healthix στις πληροφορίες για την υγεία μου που τηρούνται ηλεκτρονικά.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. ΑΡΝΟΥΜΑΙ ΝΑ ΔΩΣΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ για να αποκτήσει ο οργανισμός [Name of Provider Organization] πρόσβαση μέσω της Healthix στις πληροφορίες για την υγεία μου που τηρούνται ηλεκτρονικά για οποιονδήποτε σκοπό, ακόμα και σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού.</p>

Αν θελήσω να αρνηθώ τη συγκατάθεση για όλους τους οργανισμούς παρόχων και όλα τα προγράμματα υγείας που συμμετέχουν στη Healthix όσον αφορά την πρόσβαση μέσω της Healthix στις πληροφορίες υγείας μου που τηρούνται ηλεκτρονικά, μπορώ να το πράξω από τον ιστότοπο της Healthix στη διεύθυνση www.healthix.org ή τηλεφωνώντας στη Healthix στον αριθμό 877-695-4749.

Οι ερωτήσεις μου σχετικά με αυτό το έντυπο έχουν απαντηθεί και έχω λάβει αντίγραφο του.

Υπογραφή ασθενούς ή νόμιμου εκπροσώπου ασθενούς	Ημερομηνία
Όνοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου ολογράφως (αν υπάρχει)	Σχέση του νόμιμου εκπροσώπου με τον ασθενή (αν υπάρχει)

Λεπτομέρειες σχετικά με τις πληροφορίες στις οποίες παρέχεται πρόσβαση μέσω της Healthix και τη διαδικασία της συγκατάθεσης:

- 1. Πώς ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες σας.** Οι πληροφορίες για την υγεία σας που τηρούνται ηλεκτρονικά θα χρησιμοποιηθούν **μόνο** για τις ακόλουθες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης:
 - **Υπηρεσίες θεραπευτικών αγωγών.** Παροχή ιατρικής αγωγής και συναφών υπηρεσιών.
 - **Επαλήθευση καταλληλότητας ασφάλισης.** Έλεγχος για το αν διαθέτετε ασφάλιση υγείας και τι καλύπτει.
 - **Δραστηριότητες διαχείρισης φροντίδας.** Περιλαμβάνει την παροχή αρωγής προκειμένου να λάβετε κατάλληλη ιατρική περίθαλψη, βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που σας παρέχονται, συντονισμό της παροχής πολλαπλών υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης που λαμβάνετε ή υποστήριξη προκειμένου να ακολουθήσετε ένα πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης.
 - **Δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας.** Αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται σε εσάς και σε όλους τους ασθενείς.
- 2. Τι είδους προσωπικές πληροφορίες περιλαμβάνονται.** Αν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, οι οργανισμοί παρόχων που αναφέρονται θα έχουν πρόσβαση μέσω της Healthix σε ΟΛΕΣ τις διαθέσιμες πληροφορίες υγείας σας που τηρούνται ηλεκτρονικά. Αυτό περιλαμβάνει πληροφορίες που δημιουργήθηκαν πριν και μετά την ημερομηνία υπογραφής του παρόντος εντύπου. Οι ιατρικοί σας φάκελοι περιλαμβάνουν ένα ιστορικό των νόσων ή των τραυματισμών σας (όπως διαβήτη ή κάταγμα οστού), τα αποτελέσματα εξετάσεων (όπως ακτινογραφίες ή αιματολογικές εξετάσεις) και λίστες με τα φάρμακα που έχετε λάβει. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να περιλαμβάνουν ευαίσθητες παθήσεις/καταστάσεις, όπως ενδεικτικά:
 - Προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών και διαγνώσεις
 - Αντισύλληψη και αμβλώσεις (οικογενειακός προγραμματισμός)
 - Γενετικές (κληρονομικές) νόσοι ή έλεγχοι
 - HIV/AIDS
 - Παθήσεις πνευματικής υγείας
 - Σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσους
 - Φαρμακευτικές αγωγές και δοσολογίες
 - Διαγνωστικές πληροφορίες
 - Αλλεργίες
 - Σύνοψη ιστορικού χρήσης ουσιών
 - Κλινικές σημειώσεις
 - Σύνοψη εξιτηρίων
 - Πληροφορίες απασχόλησης
 - Κατάσταση διαβίωσης
 - Κοινωνική πρόνοια
 - Δεδομένα αιτήσεων αποζημίωσης
 - Εργαστηριακές εξετάσεις
- 3. Από πού προέρχονται οι πληροφορίες υγείας που σας αφορούν.** Οι πληροφορίες που σας αφορούν προέρχονται από μέρη που σας έχουν παράσχει ιατρική περίθαλψη ή ασφάλιση υγείας. Μπορεί να περιλαμβάνουν νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, κλινικά εργαστήρια, ασφαλιστικές εταιρείες υγείας, το πρόγραμμα Medicaid και άλλους οργανισμούς που ανταλλάσσουν πληροφορίες ηλεκτρονικά. Πλήρης και ενημερωμένη λίστα διατίθεται από την Healthix. Μπορείτε να αποκτήσετε πρόσβαση στην ενημερωμένη λίστα ανά πάσα στιγμή από τον ιστότοπο της Healthix στη διεύθυνση www.healthix.org ή τηλεφωνώντας στον αριθμό 877-695-4749.
- 4. Ποιος μπορεί να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες που σας αφορούν, αν δώσετε τη συγκατάθεσή σας.** Μόνο ιατροί και άλλα μέλη του προσωπικού του οργανισμού στον οποίο δώσατε συγκατάθεση για πρόσβαση και πραγματοποιούν δραστηριότητες που επιτρέπονται σύμφωνα με το παρόν έντυπο, όπως περιγράφεται παραπάνω, στην πρώτη παράγραφο.
- 5. Πρόσβαση από τον οργανισμό δημόσιας υγείας και μεταμοσχεύσεων.** Οι ομοσπονδιακές, πολιτειακές ή τοπικές υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης ορισμένοι οργανισμοί μεταμοσχεύσεων, είναι εκ του νόμου εξουσιοδοτημένες να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, για συγκεκριμένους σκοπούς που αφορούν τη δημόσια υγεία και τη μεταμόσχευση οργάνων. Αυτά τα νομικά πρόσωπα μπορεί να αποκτήσουν πρόσβαση στις πληροφορίες σας μέσω της Healthix για τους συγκεκριμένους σκοπούς, ανεξάρτητα από το αν έχετε δώσει τη συγκατάθεσή σας, την έχετε αρνηθεί ή δεν έχετε συμπληρώσει το έντυπο συγκατάθεσης.
- 6. Ποινές για τη μη σύννομη πρόσβαση ή χρήση των πληροφοριών σας.** Επιβάλλονται ποινές για τη μη σύννομη πρόσβαση ή χρήση των πληροφοριών υγείας σας που τηρούνται ηλεκτρονικά. Αν κάποια στιγμή υποψιαστείτε ότι έχει δει ή έχει αποκτήσει πρόσβαση στις πληροφορίες που σας αφορούν άτομο που δεν θα έπρεπε, τηλεφωνήστε στον Οργανισμό Παρόχου στον αριθμό: [redacted], ή επισκεφθείτε τον ιστότοπο της Healthix στη διεύθυνση: www.healthix.org. ή τηλεφωνήστε στην Υπηρεσία Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στον αριθμό 518-474-4987, ή ακολουθήστε τη διαδικασία υποβολής καταγγελίας του ομοσπονδιακού δικαστηρίου για τα δικαιώματα των πολιτών (Office for Civil Rights) στην παρακάτω σύνδεση: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Εκ νέου αποκάλυψη πληροφοριών.** Οι οργανισμοί στους οποίους έχετε δώσει συγκατάθεση για πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας που σας αφορούν μπορεί να αποκαλύψουν εκ νέου τις πληροφορίες υγείας σας, αλλά μόνο στο βαθμό που επιτρέπεται από την πολιτειακή ή την ομοσπονδιακή νομοθεσία και τους κανονισμούς. Η πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν αγωγές για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ή εμπιστευτικές πληροφορίες για HIV, καθώς επίσης η εκ νέου αποκάλυψή τους, είναι δυνατή μόνο συνοδεία των απαιτούμενων δηλώσεων σχετικά με την απαγόρευση της εκ νέου αποκάλυψης.
- 8. Περίοδος ισχύος.** Το έντυπο συγκατάθεσης θα παραμείνει σε ισχύ μέχρι την ημέρα που θα αλλάξετε την απόφασή σας περί συγκατάθεσης, μέχρι το θάνατό σας ή μέχρι τη στιγμή που η Healthix θα διακόψει τις εργασίες της. Αν η Healthix συγχωνευθεί με άλλο κατάλληλο νομικό πρόσωπο, η απόφασή σας για τη συγκατάθεση θα παραμείνει σε ισχύ και με το νέο νομικό πρόσωπο που θα προκύψει από τη συγχώνευση.
- 9. Αλλαγή της απόφασης συγκατάθεσης.** Μπορείτε να αλλάξετε την απόφαση σχετικά με τη συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή και για οποιονδήποτε οργανισμό παρόχου ή πρόγραμμα υγείας, υποβάλλοντας ένα νέο έντυπο συγκατάθεσης με τη νέα επιλογή σας. Οι οργανισμοί που έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας σας μέσω της Healthix ενώ ισχύει η συγκατάθεσή σας μπορούν να αντιγράψουν ή να συμπεριλάβουν τις πληροφορίες σας στους δικούς τους ιατρικούς φακέλους. Ακόμα και αν αποφασίσετε αργότερα να αλλάξετε την απόφαση για τη συγκατάθεση, δεν απαιτείται να επιστρέψουν τις πληροφορίες σας ή να τις καταργήσουν από τους φακέλους τους.
- 10. Αντίγραφο εντύπου.** Δικαιούστε να λάβετε αντίγραφο του παρόντος εντύπου συγκατάθεσης.