

[Insert Organization Name/Logo]

הרשאה לגשת למידע אודות המטופל באמצעות ארגון חילופי מידע רפואי
 משרד הבריאות של מדינת ניו יורק

שם המטופל	תאריך לידה	מספר זיהוי של המטופל
כתובת המטופל		

אני מבקש לאפשר גישה למידע רפואי אודות הטיפול בי, כמוגדר בטופס זה. אני יכול לבחור האם ברצוני לאפשר או לא לאפשר ל-[Name of Provider Organization] (לרבות סוכניהם) לקבל גישה לרשומות הרפואיות שלי באמצעות ארגון חילופי מידע רפואי הנקרא Healthix. אם אתן את הסכמתי, תינתן גישה לרשומות הרפואיות שלי ממקומות שונים בהם אני מקבל טיפול רפואי, באמצעות רשת מחשבים מדינתית. Healthix הוא מוסד ללא כוונת רווח המשתף מידע רפואי אודות אנשים באופן אלקטרוני תוך עמידה בתקני הפרטיות והאבטחה של החוק לניידות ביטוחי בריאות וחובת דין וחשבון על נתונים (HIPAA) ובחוקי מדינת ניו יורק. כדי ללמוד עוד בקר באתר של Healthix בכתובת www.healthix.org.

החלטתי בטופס זה לא תשפיע על יכולתי לקבל טיפול רפואי. החלטתי בטופס זה לא תאפשר לחברות ביטוח רפואי לגשת למידע שלי כדי להחליט האם לתת לי ביטוח רפואי או לשלם את החשבונות הרפואיים שלי.

<p>החלטתי בנושא ההסכמה. סמן תיבה אחת בלבד, מימין להחלטתך. אני יכול למלא טופס זה כעת או בעתיד. אני יכול גם לשנות את החלטתי בכל עת על ידי מילוי טופס חדש.</p>
<input type="checkbox"/> 1. אני מסכים לך ש-[Name of Provider Organization] יוכל לגשת לכל המידע הרפואי האלקטרוני שלי באמצעות Healthix כדי לספק לי שירותי טיפול רפואי.
<input type="checkbox"/> 2. איני מסכים ש-[Name of Provider Organization] יוכל לגשת למידע הרפואי האלקטרוני שלי באמצעות Healthix לכל מטרה שהיא.

אם ברצוני למנוע את הגישה של כל ספקי שירותי הבריאות ותוכניות הביטוח הרפואי המשתתפים ב-Healthix לנתונים הרפואיים האלקטרוניים שלי באמצעות Healthix, אוכל לעשות זאת על ידי ביקור באתר האינטרנט של Healthix בכתובת www.healthix.org או על ידי פנייה ל-Healthix בטלפון 877-695-4749.

שאלותיי בקשר לטופס זה נענו וקיבלתי העתק של טופס זה.

חתימת המטופל או הנציג החוקי של המטופל	תאריך
שם הנציג החוקי של המטופל באותיות דפוס (אם רלוונטי)	הקשר של הנציג החוקי למטופל (אם רלוונטי)

פרטים אודות מידע על מטופל אליו ניתן לגשת באמצעות Healthix, Inc. ותהליך מתן ההסכמה:

1. **איזה שימוש ניתן לעשות במידע שלך.** ניתן להשתמש במידע הרפואי האלקטרוני שלך אך ורק עבור שירותי הבריאות הבאים:
 - **שירותי טיפול.** לספק לך טיפול רפואי ושירותים קשורים.
 - **אימות זכאות לביטוח.** לבדוק האם יש לך ביטוח רפואי ומה הוא מכסה.
 - **פעילויות ניהול הטיפול.** פעילויות אלה כוללות עזרה לקבלת טיפול רפואי הולם, שיפור איכות השירותים הניתנים לך, תיאום בין מספר שירותים רפואיים הניתנים לך, או סיוע במעקב אחר תוכנית הטיפול הרפואי.
 - **פעילויות שיפור איכות.** להעריך ולשפר את איכות הטיפול הרפואי הניתן לך ולכלל המטופלים.
2. **מהם סוגי המידע הרפואי אודותיך הכלולים בהסכמתך.** אם תיתן את הסכמתך, ספקי (י) שירותי הבריאות המפורטים (ים) יוכלו (ו) לגשת לכל המידע הרפואי האלקטרוני שלך, הזמין באמצעות Healthix, כולל מידע שנוצר לפני ואחרי תאריך החתימה על טופס זה. הרשומות הרפואיות שלך עשויות לכלול היסטוריה של מחלות או פציעות שהיו לך (כגון סוכרת או שבר בעצם), תוצאות בדיקות (כגון צילומי רנטגן או בדיקות דם), ורשימות של תרופות שלקחת. מידע זה עשוי לכלול מצבים רפואיים רגישים, כולל, אך ללא הגבלה:

• בעיות שימוש באלכוהול או סמים	• מחלות מין	• סיכום שחרור
• ואבחנות	• תרופות ומינונים	• פרטי העסקה
• מניעת הריון והפלות (תכנון המשפחה)	• מידע אבחוני	• מצב מגורים
• מחלות או בדיקות גנטיות (תורשתיות)	• אלרגיות	• תמיכה סוציאלית
• איידס	• סיכומי היסטוריית שימוש בסמים	• נתוני תביעות
• בעיות בריאות הנפש	• הערות קליניות	• בדיקות מעבדה
3. **מהיכן מגיע מידע רפואי אודותיך.** מידע אודותיך מגיע ממקומות שסיפקו לך טיפול רפואי או ביטוח רפואי. הם עשויים לכלול בתי חולים, רופאים, בתי מרקחת, מעבדות רפואיות, חברות ביטוח רפואי, תוכנית מדיקייד, וארגוני מידע רפואי אלקטרוני אחרים, שמחליפים ביניהם מידע רפואי באופן אלקטרוני. ניתן לקבל רשימה מלאה ועדכנית מ-Healthix. אתה יכול להשיג רשימה מעודכנת בכל עת על ידי ביקור באתר האינטרנט של Healthix בכתובת www.healthix.org או על ידי פנייה בטלפון למספר 877-695-4749.
4. **מי ראוי לגשת למידע אודותיך, אם תיתן את הסכמתך.** אך ורק רופאים ועובדים אחרים בארגון או בארגונים להם אישרת גישה, שמבצעים את הפעילויות המותרות על פי טופס זה, כמתואר בסעיף 1 לעיל.
5. **סוכנויות בריאות ממשלתיות וארגוני השתלת איברים.** סוכנויות בריאות של הממשל הפדראלי, המדינה או רשויות מקומיות וארגונים מסוימים להשתלת איברים רשאים על פי חוק לגשת למידע רפואי ללא הסכמת המטופל לצרכים מסוימים הקשורים בבריאות הציבור ולמטרות השתלת איברים. גופים אלה יכולים לגשת למידע שלך באמצעות Healthix למטרות האלה ללא תלות במתן או אי מתן ההסכמה שלך, או במילוי או אי מילוי טופס ההסכמה.
6. **עונושים עבור גישה או שימוש בלתי הולמים במידע שלך.** קיימים עונשים עבור גישה או שימוש בלתי הולמים במידע הרפואי האלקטרוני שלך. אם בנקודת זמן כלשהי תחשוד שמישהו שלא היה אמור לראות או לקבל גישה למידע אודותיך עשה זאת, טלפן לספק שירותי בריאות בטלפון: www.healthix.org; או בקר באתר האינטרנט של Healthix, Inc.: www.healthix.org; או טלפן למשרד הבריאות של מדינת ניו יורק בטלפון 518-474-4987; או עקוב אחר תהליך הגשת התלונות של המשרד הפדראלי לזכויות האזרח בקישור הבא: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>.
7. **העברת מידע לגורם אחר.** כל ארגון שתאשר לו לגשת למידע הרפואי שלך רשאי להעביר את המידע הרפואי שלך לאחרים, אולם אך ורק במידה המותרת על פי חוקים ותקנות פדראליים ומדינתיים. גישה והעברה של מידע על טיפולים הקשורים לאלכוהול/סמים או מידע מסוג הקשור לאיידס מותרות אך ורק אם הן מלוות בהצהרות הנדרשות בקשר למניעת העברת מידע לגורם אחר.
8. **תקופת תוקף.** טופס ההסכמה זה יישאר בתוקף עד היום שבו תשנה את החלטתך, מותך או עד המועד שבו Healthix תפסיק לפעול. אם Healthix תתמזג עם ארגון מוסמך אחר, החלטתך בנושא ההסכמה תישאר בתוקף גם בקשר לארגון החדש.
9. **שינוי החלטתך בנושא ההסכמה.** אתה יכול לשנות את החלטתך בנושא ההסכמה בכל עת ובקשר לכל ספק שירותי בריאות או תוכנית ביטוח רפואי על ידי הגשת טופס הסכמה חדש עם החלטתך החדשה. ארגונים שניגשים למידע הרפואי שלך באמצעות Healthix, Inc. בזמן שהסכמתך עדיין בתוקף, רשאים להעתיק או לכלול את המידע שלך ברשומות הרפואיות שלהם. אפילו אם בשלב מאוחר יותר תחליט לשנות את החלטתך בנושא ההסכמה, הם לא ידרשו להחזיר את המידע שלך או להסיר אותו מהרשומות שלהם.
10. **העתק של הטופס.** אתה זכאי לקבל עותק של טופס ההסכמה זה.