

Дозвіл доступу до інформації пацієнта

Департамент охорони здоров'я штату Нью-Йорк

Через Організацію з обміну медичною інформацією

Ім'я пацієнта	Дата народження	Ідентифікаційний номер пацієнта
Адреса пацієнта		

Я прошу, щоб доступ до медичної інформації про моє лікування та медичне обслуговування надавався згідно з положеннями цієї форми. Я маю право обирати, надавати чи ні [Name of Provider Organization] (включно з її агентами) доступ до моєї медичної документації через організацію з обміну медичною інформацією під назвою Healthix. У разі моєї згоди на доступ до моїх медичних документів з різних місць, де я отримую медичну допомогу, можна буде отримати доступ за допомогою загальної для штату комп'ютерної мережі. Healthix - це благодійна організація, яка надає доступ до інформації про здоров'я населення електронними засобами та додержується стандартів конфіденційності та безпеки закону про забезпечення доступності та звітності в медичному страхуванні (HIPAA) та законодавству штату Нью-Йорк. Більш детальну інформацію можна знайти на веб-сайті Healthix за адресою www.healthix.org.

Доступ до моєї інформації надається у разі екстреної ситуації, якщо заповнюючи цю форму я не відмітив клітинку №3, де вказано, що я не даю згоди на доступ *навіть* у випадку екстреної медичної ситуації.

Вибір, який я роблю в цій формі, НЕ впливатиме на мою здатність отримувати медичну допомогу. Вибір, який я роблю в цій формі, НЕ надає медичним страховим компаніям права доступу до моєї інформації з метою визначення, чи надавати мені страховий захист здоров'я або відшкодувати мої медичні витрати.

<p>Надання згоди. Я поставив відмітку в ОДНІЙ клітині зліва від обраного мною варіанту. Я можу заповнити цю форму зараз або у майбутньому. Крім того, я можу змінити свою думку у будь-який час, якщо заповню нову форму.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. Я ДАЮ ЗГОДУ [Name of Provider Organization] на доступ до ВСІЄЇ електронної інформації про мій стан здоров'я через Healthix з метою надання медичного обслуговування (включаючи невідкладну медичну допомогу).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Я ВІДМОВЛЯЮ В ЗГОДІ, ЗА ВИНЯТКОМ ЕКСТРЕНИХ МЕДИЧНИХ ВИПАДКІВ [Name of Provider Organization] на доступ до електронної інформації про мій стан здоров'я через Healthix.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. Я ВІДМОВЛЯЮ В ЗГОДІ [Name of Provider Organization] на доступ до електронної інформації про мій стан здоров'я через Healthix з будь-якою метою, <i>навіть</i> у випадках <i>невідкладної медичної допомоги</i>.</p>

Якщо я хочу відмовити в згоді всім Організаціям- Провайдерам та Планам медичного обслуговування, які приймають участь в Healthix, у доступі до електронних даних про мій стан здоров'я через Healthix, я можу зробити це, відвідавши веб-сайт Healthix за адресою www.healthix.org або зателефонувавши в Healthix за номером 877-695-4749.

Я отримав відповіді на свої запитання стосовно цієї форми та копію цієї форми.

Підпис Пацієнта або Законного представника Пацієнта	Дата
Ім'я Законного представника друкованими літерами (якщо доречно)	Родинний зв'язок Законного представника з Пацієнтом (якщо доречно)

Детальний опис інформації, доступ до якої забезпечує Healthix, та процесу надання згоди:

1. **Способи використання вашої інформації.** Електронна інформація про стан вашого здоров'я може використовуватись **лише** для наступних послуг, пов'язаних з охороною здоров'я:
 - **Послуги з лікування.** Надання вам медичного лікування та пов'язаних послуг.
 - **Перевірка придатності для страхування.** Перевірка доступності вам медичного страхування та його вартості.
 - **Діяльність з управління лікуванням.** Така діяльність включає допомогу при отриманні належного медичного догляду, покращення якості послуг, координування комплексу послуг медичного догляду або підтримку при виконанні плану медичного догляду.
 - **Діяльність з покращення якості.** Оцінювання та покращення якості медичного догляду, яким користуєтесь ви та всі пацієнти.

2. На які типи інформації про вас поширюється згода. У разі вашої згоди Організація-Провайдер матиме доступ до ВСІєї електронної інформації про ваш стан здоров'я, яка доступна Healthix. Це поширюється на інформацію, створену до дати підписання цієї форми та після неї. Ваша медично-санітарна інформація може включати історію захворювань або травм, які ви перенесли (наприклад, діабет або перелом кістки), результати аналізів (наприклад, рентген або аналіз крові) та перелік препаратів, які ви приймали. Така інформація може включати конфіденційну інформацію про стан здоров'я, в тому числі, крім іншого:

- Зловживання алкоголем або наркотиками та діагнози
- Попередження вагітності та аборти (контроль народжуваності)
- Генетичні (спадкові) захворювання або тести на такі захворювання
- ВІЛ/СНІД
- Психічні розлади
- Захворювання, що передаються статевим шляхом
- Ліки та дози
- Діагностична інформація
- Алергії
- Стислий опис історії вживання психотропних речовин
- Клінічні коментарі
- Виписний епікріз
- Інформація про трудову діяльність
- Умови життя
- Соціальна підтримка
- Дані про звертання за медичною допомогою
- Лабораторні аналізи

3. Джерела інформації про ваш стан здоров'я. Інформація про вас надходить із закладів, в яких ви отримували медичне обслуговування або страхування. Сюди входять лікарні, лікарі, аптеки, клінічні лабораторії, медичні страхові компанії, програма Medicaid та інші організації, які електронним шляхом обмінюються інформацією про стан здоров'я. Повний та актуальний перелік можна отримати від Healthix. Оновлений перелік можна в будь-який момент отримати, відвідавши веб-сайт Healthix за адресою www.healthix.org або зателефонувавши за номером 877-695-4749.

4. Хто має право доступу до інформації про вас у разі вашої згоди. Лише лікарі та інший персонал Організації(-й), яким ви надали дозвіл на доступ, та які займаються діяльністю, дозволеною цією формою, згідно з описом, наведеним вище у параграфі один.

5. Доступ для організації охорони здоров'я та організацій трансплантаційної координації. Федеральні та місцеві заклади охорони здоров'я та заклади рівня штату, а також певні організації трансплантаційної координації за законом мають право на доступ до медичної інформації без згоди пацієнта у певних цілях, пов'язаних з охороною здоров'я та трансплантацією органів. Ці заклади мають право доступу до вашої інформації через Healthix у таких цілях незалежно від того, надали ви згоду, відмовили в ній або не заповнювали форму інформованої згоди.

6. Покарання за несанкціонований доступ до вашої інформації або неналежне її використання. За несанкціонований доступ до вашої інформації або неналежне її використання передбачено заходи покарання. Якщо у вас коли-небудь виникне підозра, що до вашої інформації отримала доступ особа, яка не мала на те права, зателефонуйте Організації-Провайдеру за номером: _____; або відвідайте веб-сайт Healthix: www.healthix.org; або зателефонуйте у Департамент охорони здоров'я штату Нью-Йорк за номером 518-474-4987; або подайте скаргу у федеральний Відділ з цивільних прав за наступним посиланням: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.

7. Повторне розголошення інформації. Будь-яка(-і) організація(-ї), яким ви надали дозвіл на доступ до вашої медичної інформації, мають право повторно розголошувати вашу медичну інформацію, але лише у обсязі, який дозволяють федеральні закони та нормативні акти та закони й акти штату. Доступ та право розголошення інформації про лікування алкогольної або наркотичної залежності або конфіденційної інформації, пов'язаної з ВІЛ, можуть надаватись лише у супроводі необхідних заяв про заборону повторного розголошення.

8. Строк чинності. Ця форма згоди залишається чинною до моменту зміни вами свого рішення стосовно згоди, смерті, або до моменту припинення діяльності Healthix. У разі злиття Healthix з іншою Компетентною установою ваша згода залишається чинною для новоутвореної після злиття установи.

9. Зміна рішення стосовно згоди. Ви можете змінити своє рішення стосовно згоди у будь-який момент та стосовно будь-якої Організації-постачальника або Плану медичного догляду, якщо надішлете нову Форму згоди, зазначивши ваш новий вибір. Організації, які мають доступ до вашої медичної інформації через Healthix під час строку чинності вашої згоди, можуть робити копії з вашої інформації або включати вашу інформацію у свою медичну документацію. Навіть

якщо у подальшому ви зміните своє рішення стосовно згоди, вони не зобов'язані повертати вашу інформацію або видалити її з своєї документації.

10. Копія форми. Ви маєте право на отримання копії цієї Форми згоди.