

[Insert Organization Name/Logo]

纽约州卫生部

通过健康信息交换组织
访问患者信息授权书

患者姓名	出生日期	患者识别号
患者地址		

我请求按照本同意书所述方式访问关于我护理和治疗的**健康信息**。我可以选择是否允许 [Name of Provider Organization] (包括其代理人) 通过健康信息交换组织 Healthix 访问我的医疗记录。如果我给予许可, 我在不同医疗保健机构的医疗记录可以使用全州计算机网络进行访问。Healthix 是一家非营利组织, 以电子方式共享人们的健康信息, 并符合《健康保险携带和责任法案》(HIPAA) 和纽约州法律的隐私和安全标准。如需了解详情, 请访问 Healthix 的网站 www.healthix.org。

除非我填写本同意书并勾选 3 号方框 (表示我拒绝同意, **即使在急救状况下**), 否则可以在紧急情况下访问我的信息。

我在本同意书中所做的选择将**不会**影响我获得医疗保健的能力。我在本同意书中作出的选择**不是**允许健康保险公司访问我的信息, 以决定是否为我提供健康保险或支付我的医疗账单。

<p>我的同意选择。勾选我所作选择左侧的方框, 只勾选一项。</p> <p>我可以现在或以后填写本同意书。 我还可以随时填写新同意书, 变更我的决定。</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. 我同意 [Name of Provider Organization] 通过 Healthix 访问我的所有电子健康信息, 以提供医疗保健服务 (包括急救护理)。</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. 我拒绝同意 (急救情况除外) [Name of Provider Organization] 通过 Healthix 访问我的电子健康信息。</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. 我拒绝同意 [Name of Provider Organization] 出于任何目的 (即使在急救情况下), 通过 Healthix 访问我的电子健康信息。</p>

如果我想拒绝同意所有参与 Healthix 的提供者组织和健康保险计划通过 Healthix 访问我的电子健康信息, 我可以访问 Healthix 的网站 www.healthix.org 或致电 Healthix 877-695-4749 来表达我的意愿。

我对本同意书的问题已经得到解答, 并且得到一份本同意书副本。

患者或患者法律代表签名	日期
法律代表正楷书写姓名 (如适用)	法律代表与患者的关系 (如适用)

通过 Healthix 访问的信息及同意流程详情：

- 1. 如何使用您的信息。**您的电子健康信息将仅用于以下医疗保健服务：
 - **治疗服务。**为您提供医学治疗及相关服务。
 - **保险资格验证。**检查您是否有健康保险及其保障范围。
 - **护理管理活动。**包括协助您获得适当的医疗保健，提高向您所提供服务的品质，协调向您提供的多种医疗保健服务，或支持您遵循医疗保健计划。
 - **质量改善活动。**评估和提高向您及所有患者所提供的医疗保健的品质。
- 2. 包括您的哪些类型的信息。**如果您给予许可，列出的提供者组织可以通过 Healthix 访问您的**所有**电子健康信息。这包括本同意书签署日期之前和之后创建的信息。您的健康记录可能包括您的病史或伤害史（例如糖尿病或骨折）、检验结果（例如 X 光或验血）及您曾经服用的药品列表。这些信息可能包括敏感健康状况，包括但不限于：
 - 酒精或毒品使用问题及诊断
 - 生育控制和堕胎（计划生育）
 - 基因（遗传）疾病或检验
 - 艾滋病毒/艾滋病
 - 心理健康状况
 - 性传播疾病
 - 药物和剂量
 - 诊断信息
 - 过敏症
 - 物质使用史概要
 - 临床记录
 - 出院概要
 - 就业信息
 - 生活状况
 - 社会支持
 - 保险申领就医资料
 - 化验结果
- 3. 您健康信息的来源。**关于您的信息来自于为您提供医疗保健或健康保险的机构。这些机构包括医院、医师、药房、临床实验室、健康保险公司、医疗补助（Medicaid）计划及其他以电子方式交换健康信息的组织。Healthix 可以提供一份完整、现行的名单。您可以随时查看 Healthix 的网站 www.healthix.org 或致电 877-695-4749 来获得一份最新的名单。
- 4. 在您给予许可的情况下，哪些人可以访问您的信息。**只有您同意访问您信息的组织的医生及其他工作人员，才能执行第一段所述本同意书允许的活动。
- 5. 公共卫生和器官采购组织访问。**联邦、州或当地公共卫生机构和某些器官采购组织得到法律授权，可出于某些公共卫生和器官移植目的，在未经患者同意的情况下，访问患者健康信息。这些实体可以出于这些目的，通过 Healthix 访问您的信息，而无需考虑您是否给予许可，拒绝同意或不填写同意书。
- 6. 不当访问或使用信息的惩罚。**若不当访问或使用您的电子健康信息，将会面临惩罚。如果任何时候，您怀疑有人不当查看或访问您的信息，请致电提供者组织：[518-474-4987](tel:518-474-4987)；或访问 Healthix 的网站：www.healthix.org；或致电纽约州卫生部：[518-474-4987](tel:518-474-4987)；或通过以下链接按照联邦民权办公室的投诉流程操作：<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>。
- 7. 重新披露信息。**您给予许可访问您的健康信息的任何组织可以重新披露您的健康信息，但仅限于州和联邦法律法规允许的范围之内。只有按规定提供关于禁止重新披露的声明时，才能访问和重新披露酒精/毒品治疗的相关信息或机密的艾滋病毒相关信息。
- 8. 有效期。**本同意书将一直有效，直至您变更您的同意选择、死亡或 Healthix 停止运营为止。如果 Healthix 与其他合格实体合并，您的同意选择仍将在新合并实体中有效。
- 9. 变更您的同意选择。**您可以随时针对任何提供者组织或健康保险计划，通过提交一份新同意书表明您的新选择的方式更改您的同意选择。在您的同意书生效期间，通过 Healthix 访问您健康信息的组织可以复制您的信息或将您的信息纳入他们自己的医疗记录中。即使您后来决定变更您的许可，他们也无需退回您的信息或从他们的记录中删除您的信息。
- 10. 同意书副本。**您有权得到本同意书的一份副本。