



## Autorizim për Qasjen në Informacionin e Pacientit

Departamenti i Shëndetësisë së Shtetit të Nju Jorkut

Nëpërmjet një Organizate të Shkëmbimit të Informacionit Shëndetësor

Emri i Pacientit	Data e Lindjes	Numri Identifikues i Pacientit
Adresa e Pacientit		

Unë kërkoj që të kihet qasje në informacionin shëndetësor lidhur me kujdesin dhe trajtimin tim siç parashtrohet në këtë formular. Është në dëshirën time në mund të lejoj ose jo **[Name of Provider Organization]** (përfshi edhe agjentët e tyre) të hyjë në të dhënat e mia shëndetësore nëpërmjet organizatës së shkëmbimit të informacionit shëndetësor të quajtur Healthix. Në rast se jap miratimin, të dhënat e mia mjekësore nga institucione të ndryshme, ku unë marr trajtim mjekësor, mund të merren duke përdorur rrjetin kompjuterik shtetëror. Healthix është një organizatë jo fitimprurëse që jep, në mënyrë elektronike, informacion për shëndetin e qytetarëve dhe plotëson standardet e sigurisë së privatësisë të HIPAA-s dhe të Ligjit të Shtetit të Nju Jorkut. Për të mësuar më shumë vizitoni ueb sitin e Healthix në [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

**Përzgjedhja që unë bëj në këtë formular NUK do të më pengojë të marr kujdesin mjekësor. Përzgjedhja që unë bëj në këtë formular NUK i lejon kompanitë e sigurimit shëndetësor që të kenë qasje në informacionin tim për të vendosur nëse do të më japin mbulim mjekësor ose nëse do të paguajnë faturat e mia mjekësore.**

<b>Zgjedhja ime për miratim.</b> NJË kuti është shënuar në të majtë të zgjedhjes sime. Unë mund ta plotësoj këtë formular tani ose në të ardhmen. Unë mund ta ndryshoj vendimin tim në çdo moment duke plotësuar një formular të ri.
<input type="checkbox"/> <b>1. UNË JAP MIRATIMIN</b> që <b>[Name of Provider Organization]</b> të shohë TË GJITHA të dhënat e mia shëndetësore elektronike nëpërmjet ofruesit të shërbimit shëndetësor Healthix .
<input type="checkbox"/> <b>2. UNË NUK E MIRATOJ</b> që <b>[Name of Provider Organization]</b> të shohë të dhënat e mia shëndetësore elektronike nëpërmjet Healthix për çfarëdo qëllimi qoftë.

Nëse zgjedh të mos jap miratimin për të gjitha Organizatat Ofruese dhe Planet Shëndetësore që marrin pjesë në Healthix të shohin të dhënat e mia elektronike shëndetësore përmes Healthix, unë mund ta bëj këtë duke vizituar faqen Healthix në [www.healthix.org](http://www.healthix.org) ose duke telefonuar Healthix në 877-695-4749.

Unë kam marrë përgjigje për pyetjet e mia dhe më është ofruar një kopje e këtij formulari.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor të Pacientit	Data
Emri i Përfaqësuesit Ligjor me shkronja shtypi (nëse ka të tillë)	Marrëdhënia e Përfaqësuesit ligjor me Pacientin (nëse kanë lidhje)

## Hollësi rreth marrjes së informacionit nëpërmjet Healthix dhe procesi i dhënies së miratimit:

- Si mund të përdoret informacioni juaj.** Informacioni juaj elektronik mund të përdoret **vetëm** për shërbimet e mëposhtme shëndetësore:
  - **Shërbime trajtimi.** Ju ofron trajtim shëndetësor dhe shërbime të lidhura me të.
  - **Verifikim për kualifikim për mbulim shëndetësor.** Kontrolloni nëse keni mbulim shëndetësor dhe çfarë ju mbulon.
  - **Veprimtari menaxhuese të kujdesit.** Këto përfshijnë ndihmën në marrjen e kujdesit të duhur mjekësor, përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të ofruara për ju, koordinimin e ofrimit të shërbimeve të shumta shëndetësore që ju ofrohen, ose mbështetjen tuaj në ndjekjen e një plani të kujdesit mjekësor.
  - **Veprimtari në përmirësimin e cilësisë.** Vlerësim dhe përmirësim të cilësisë të kujdesit mjekësor që ju ofrohet juve dhe të gjithë pacientëve.
- Cili është informacioni juaj që përfshihet.** Në rast se ju jepni pëlqimin, Organizata(t) ofruese të parashtuara mund të kenë qasje në të gjitha të dhënat tuaja shëndetësore të disponueshme nëpërmjet Healthix. Këtu përfshihet informacioni i krijuar përpara dhe pas datës së nënshkrimit të formularit. Të dhënat tuaja shëndetësore mund të përfshijnë: historia e sëmundjes ose lëndimeve që keni pasur (si diabet, ose ndonjë gjymtyrë e thyer), rezultatet e analizave (si radiografitë dhe analizat e gjakut) dhe lista e medikamenteve që merrni. Ky informacion mund të përfshijë gjendje të ndjeshme shëndetësore, përfshi por jo kufizuar në:
  - Probleme me përdorimin e alkoolit dhe drogës & diagnozat
  - Kontrolli i lindjeve dhe aborti (planifikimi familjar)
  - Sëmundje (të trashëguara) gjenetike dhe analizat
  - HIV/AIDS
  - Probleme të shëndetit mendor
  - Sëmundje të transmetueshme seksualisht
  - Barnat dhe dozat
  - Informacion diagnostikues
  - Alergjitë
  - Përmbledhje e historisë së përdorimit të substancave
  - Shënime klinike
  - Përmbledhje e daljes nga spitali
  - Informacion rreth punësimit
  - Kushtet e jetesës
  - Mbështetja sociale
  - Të dhëna mbi pretendimet
  - Analiza laboratorike
- Nga vjen informacioni rreth jush.** Informacioni rreth jush vjen nga institucionet që kanë ofruar kujdes mjekësor dhe sigurim shëndetësor për ju. Këtu mund të përfshihen spitalet, mjekët, farmacistë, laboratorët klinikë, kompanitë e sigurimit shëndetësor, programet e Medicaid dhe organizata të tjera që shkëmbejnë informacion shëndetësor në mënyrë elektronike. Lista e plotë dhe e përditësuar gjendet në Healthix. Ju mund ta merrni listën e përditësuar në ueb sitin e Healthix në [www.healthix.org](http://www.healthix.org) ose duke telefonuar 877-695-4749.
- Kush mund të ketë qasje në informacionin rreth jush, nëse jepni miratimin.** Vetëm mjekët dhe stafi tjetër i Organizatës(ve) që ju u keni dhënë pëlqimin për qasjen, të cilët kryejnë veprimtari të lejuara nga ky formular siç përshkruhet në paragrafin një.
- Qasja nga ana e Organizatës së Prokurimit të Organeve dhe Shëndetit Publik.** Agjencitë federale, shtetërore ose lokale të shëndetit publik dhe disa organizata të prokurimit të organeve janë të autorizuar me ligj të hyjnë në të dhënat shëndetësore pa pëlqimin e pacientit për qëllime të shëndetit publik dhe të transplantimit të organeve. Këto subjekte mund të hyjnë në të dhënat tuaja nëpërmjet Healthix për këto qëllime pa marrë parasysh nëse jepni ose jo pëlqimin, ose nëse nuk plotësoni formularin e miratimit.
- Ndëshkimet për qasjen apo përdorimin e papërshtatshëm të Informacionit tuaj.** Ka ndëshkime për qasje të papërshtatshme për të përdorur informacionin tuaj elektronik shëndetësor. Në rast se në ndonjë moment ju dyshoni se dikush që nuk duhet të shikonte ose të kishte qasje në informacionin rreth jush ka vepruar kështu, telefononi **Provider Organization** në: \_\_\_\_\_; ose vizitoni ueb sitin e Healthix: [www.healthix.org](http://www.healthix.org); ose telefononi në Departamentin e Shëndetit të Shtetit të Nju Jorkut në 518-474-4987; ose ndiqni procesin e ankimit në Zyrën Federale për të Drejtat Civile në linkun e mëposhtëm: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Rinxjerrja e Informacionit.** Çdo organizatë(ta), të cilës i keni dhënë pëlqimin për qasje në informacionin shëndetësor rreth jush mund të rinxjerrë të dhënat e informacionit për shëndetin tuaj, por deri në atë masë që i lejohet nga ligjet dhe rregulloret federale dhe të shtetit. Informacioni lidhur me trajtimet për alkoolin/drogën ose informacioni konfidencial lidhur me HIV mund të shihen dhe rinxjerrin në rast se shoqërohen me deklaratat e nevojshme lidhur me ndalimin e rinxjerrjes së tyre.
- Periudha Efektive.** Ky formular miratimi ka fuqi deri në ditën që ju ndryshoni mendim, vdisni ose deri sa operacioni i Healthix pushon së ekzistuari. Nëse Healthix shkrihet me një Entitet tjetër të kualifikuar zgjedhjet tuaja të miratimit do të jenë efektive edhe me entitetin e ri.
- Kur ndryshoni mendjen për miratimin.** Ju mund ta ndryshoni mendjen për miratimin në çdo kohë për çdo Organizatë ofruese ose Plan Shëndetësor duke paraqitur një Formular të ri Miratimi me zgjedhjen e re. Organizatat që kanë qasje në informacionin tuaj shëndetësor nëpërmjet Healthix, ndërkohë që miratimi juaj është në fuqi, mund ta nxjerrin ose përfshijnë informacionin tuaj në të dhënat e tyre mjekësore. Edhe në rast se më vonë vendosni të ndryshoni vendimin tuaj për miratimin, ata nuk janë të detyruar të kthejnë informacionin ose ta heqin nga rekordet e tyre.
- Kopje e Formularit.** Ju keni të drejtë të merrni një kopje të këtij Formulari Miratimi.