

經由健康資訊共享組織查閱患者資訊授權書

紐約州衛生廳

患者姓名：	
患者地址：	
出生日期：	
患者身份識別號碼：	
醫療保健提供者組織：	

我同意按此同意書所述查閱與我的護理和治療相關的健康資訊。我可以選擇是否允許上述醫療保健提供者組織透過名為紐約醫療資訊網的健康資訊共享組織查閱我的醫療記錄。如果我同意，有關人員可能會使用全州電腦網路查閱我在不同醫療保健機構的醫療記錄。紐約醫療資訊網是一個非盈利組織，旨在依據健康保險流通和責任法 (HIPAA) 和紐約州法律的隱私和安全標準共享人們的電子健康資訊。如需瞭解更多資訊，請瀏覽紐約醫療資訊網的網站：www.NYCIG.org。

在發生緊急事件的時候可以查閱我的資訊，但如果我在填寫此同意書時勾選了方框 3 的情況則除外，這表示**即便**發生醫療緊急事件，我也拒絕同意查閱我的資訊。

我在此同意書中作出的選擇不會影響我獲取醫療護理的權利。我在此同意書中作出的選擇不允許健康保險公司查閱我的資訊，以決定是否為我提供健康保險或支付我的醫療帳單。

我的同意書選項。請勾選您的選項的左側方塊。

我可以現在填寫此同意書，也可以在日後填寫。

我也可以填寫一份新的同意書，隨時改變我的決定。

1. 我同意上述醫療保健提供者組織透過紐約醫療資訊網查閱我的所有電子健康資訊，為我提供健康護理服務（包括急診護理）。
2. 我拒絕同意上述醫療保健提供者組織透過紐約醫療資訊網查閱我的電子健康資訊，發生醫療緊急事件的情況除外。
3. 我拒絕同意上述醫療保健提供者組織出於任何目的透過紐約醫療資訊網查閱我的電子健康資訊，**即便**發生醫療緊急事件也是如此。

如果我想要拒絕同意紐約醫療資訊網的所有簽約醫療保健提供者組織和保健計劃透過紐約醫療資訊網查閱我的電子健康資訊，我可以透過瀏覽紐約醫療資訊網的網站 www.NYCIG.org 或撥打 718-334-5844 聯絡紐約醫療資訊網這樣做。

我關於此同意書的問題均已獲得解答，並且獲得了一份同意書副本。

患者或患者的法定代表簽名	日期
患者法定代表之工整姓名（若適用）	法定代表與患者的關係（若適用）

透過紐約醫療資訊網查閱資訊和同意流程的詳情：

1. 如何使用您的資訊。您的電子健康資訊將僅用於以下健康護理服務：
 - 治療服務。為您提供醫療服務以及相關服務。
 - 保險資格驗證。查看您是否有健康保險及保險涵蓋範圍。
 - 護理管理活動。此類活動包括協助您獲取適當的醫療護理，改進為您提供的服務之品質，協調為您提供的多種醫療護理服務，或協助您遵循醫療護理計劃。
 - 品質改進活動。評估和改進為您和所有患者提供的醫療護理品質。

2. **您的哪些資訊在披露範圍之內。**如果您同意，所列示的醫療保健提供者組織和/或保健計劃將有權查閱透過紐約醫療資訊網取得您的所有可用電子健康資訊。這包括在簽署此同意書日期之前和之後建立的資訊。您的健康記錄可能包含您的疾病史或受傷史（例如糖尿病或骨折）、檢測結果（例如 X 光檢查或血液化驗）以及您所使用的藥物清單。此類資訊可能包含敏感的健康狀況，包括但不限於：

- 酗酒或濫用藥物問題
- 節育和流產（家庭計劃）
- 遺傳性（先天性）疾病或檢測
- HIV/愛滋病
- 精神健康問題
- 性傳播疾病

如果您接受酒精或藥物濫用治療，您的醫療紀錄中有可能包括和酒精或藥物濫用相關的診斷、所用的藥物和劑量、實驗室化驗、過敏、物質濫用病史、創傷史、出院記錄、工作、居住和社會支援方面的資訊，以及健康保險理賠紀錄。

3. **您的健康資訊來自何處。**您的資訊來自所有曾為您提供醫療服務或保健服務的機構。這些機構包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司、Medicaid 計劃以及透過電子方式共享健康資訊的其他組織。紐約醫療資訊網提供有完整的最新清單。您可以隨時查看紐約醫療資訊網的網站 www.NYCIG.org 或致電 718-334-5844 獲取更新清單。

4. **同意披露之後，誰可以查閱您的資訊。**只有您同意的組織的醫師和其他工作人員方可查閱，即按上文第一段所述執行此同意書允許之活動的醫師和其他工作人員。

5. **公共衛生和器官勸募組織查閱。**法律授權聯邦、州或當地的公共衛生部門和某些器官勸募組織可出於特定公眾健康和器官移植目的查閱個人健康資訊，而無需獲得患者的同意。這些實體可能會出於此類目的透過紐約醫療資訊網查閱您的資訊，無論您同意或填寫同意書與否。

6. **用不正當方式查閱或使用資訊的處罰。**用不正當方式查閱或使用您的電子健康資訊者將受到處罰。如果在任何時候您懷疑無權查閱您資訊的人員這麼做了，請致電醫療保健提供者組織；或瀏覽紐約醫療資訊網：www.NYCIG.org；或致電紐約衛生廳，電話：518-474-4987；或透過以下連結按照聯邦民權辦公室的投訴流程執行：<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>。

7. **資訊的再次披露。**您已同意有權查閱您健康資訊的任何組織可能會再次披露您的健康資訊，但必須在州和聯邦法律及法規允許的範圍內。與酗酒/濫藥治療有關的資訊或與愛滋病毒有關的保密資訊僅供查閱，如需再次披露，必須按要求提供關於禁止再次披露的聲明。

8. **生效日期。**在您改變同意書選項或紐約醫療資訊網停止營運之前（或您離世後 50 年，以發生者為準），本同意書持續有效。如果紐約醫療資訊網與其他符合資格的實體合併，您的同意書選項對於新合併的實體仍然有效。

9. **變更您的同意書選項。**您可以透過提交選擇了新選項的新同意書，隨時變更您的同意書選項和醫療保健提供者組織或保健計劃選項。在您的同意書仍生效時，有權透過紐約醫療資訊網查閱健康資訊的組織可能複製您的資訊或將您的資訊納入它們自己的醫療記錄中。即使您後來決定變更同意決定，它們不必歸還您的資訊或從其記錄中移除您的資訊。

10. **同意書副本。**您有權索取此同意書的副本。