

Upoważnienie do uzyskania dostępu do informacji o pacjencie za pośrednictwem organizacji wymiany informacji o stanie zdrowia

Departament Zdrowia Stanu Nowy Jork

| | |
|--|--|
| IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: | |
| ADRES PACJENTA: | |
| DATA URODZENIA: | |
| NUMER IDENTYFIKACYJNY PACJENTA: | |
| ŚWIADCZENIODAWCA: | |

Proszę o udostępnienie informacji o moim stanie zdrowia dotyczących opieki i leczenia na warunkach określonych w niniejszym formularzu. Mogę zdecydować, czy pozwolę, aby świadczeniodawca wskazany powyżej mógł uzyskać dostęp do informacji o moim stanie zdrowia za pośrednictwem organizacji wymiany informacji o stanie zdrowia o nazwie „NY Care Information Gateway”. Jeżeli udzielię takiej zgody, moja dokumentacja medyczna z różnych placówek, gdzie korzystam ze świadczeń zdrowotnych, będzie dostępna za pośrednictwem ogólnokrajowej sieci komputerowej. NY Care Information Gateway to organizacja typu non-profit, która elektronicznie udostępnia informacje o stanie zdrowia ludzi i spełnia wymagania ochrony prywatności i zachowania bezpieczeństwa określone w Ustawie o przenoszeniu i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA) i przepisach prawa stanu Nowy Jork. Więcej informacji o organizacji NY Care Information Gateway dostępnych jest na jej stronie: www.NYCIG.org.

Jeżeli nie wypełnię niniejszego formularza i nie zaznaczę pola #3, które określa, że nie wyrażam zgody na dostęp do informacji o moim stanie zdrowia *nawet* w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego, informacje o moim stanie zdrowia mogą zostać ujawnione w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Wybór dokonany przeze mnie w niniejszym formularzu NIE będzie miał wpływu na możliwość uzyskania przeze mnie opieki medycznej. Wybór dokonany przeze mnie w niniejszym formularzu NIE pozwala ubezpieczycielom zdrowotnym na uzyskanie dostępu do informacji o moim stanie zdrowia w celu podjęcia decyzji, czy zaoferować mi ubezpieczenie zdrowotne lub pokryć rachunki za opiekę medyczną.

Moja decyzja o udzieleniu zgody. Należy zaznaczyć JEDNO pole po lewej stronie właściwego oświadczenia.

Niniejszy formularz mogę wypełnić teraz lub w przyszłości.

Mogę zmienić swą decyzję w dowolnym czasie, wypełniając nowy formularz.

- 1. UDZIELAM ZGODY**, aby świadczeniodawca wymieniony powyżej uzyskał dostęp do **WSZYSTKICH** informacji w formie elektronicznej o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway w celu świadczenia usług medycznych (w tym w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego).
- 2. NIE UDZIELAM ZGODY**, aby świadczeniodawca wymieniony powyżej uzyskał dostęp do informacji w formie elektronicznej o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway **ZA WYJĄTKIEM PRZYPADKÓW NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO**.
- 3. NIE UDZIELAM ZGODY**, aby świadczeniodawca wymieniony powyżej uzyskał dostęp do informacji w formie elektronicznej o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway w żadnym celu, *nawet* w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jeśli będę chciał(a) odmówić zgody na udostępnienie informacji w formie elektronicznej o moim stanie zdrowia wszystkim świadczeniodawcom i organizacjom opieki zdrowotnej uczestniczącym w NY Care Information Gateway za pośrednictwem NY Care Information Gateway, mogę to zrobić na stronie NY Care Information Gateway www.NYCIG.org lub dzwoniąc do NY Care Information Gateway pod numer telefonu 718-334-5844.

Uzyskałem(-am) odpowiedzi na wszystkie zadane pytania i otrzymałem(-am) egzemplarz niniejszego formularza.

| | |
|---|---|
| Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta | Data: |
| Imię i nazwisko przedstawiciela pacjenta drukowanymi literami (jeśli dotyczy) | Związek pomiędzy przedstawicielem prawnym i pacjentem (jeśli dotyczy) |

Szczegółowe informacje o udostępnianiu informacji za pośrednictwem NY Care Information Gateway oraz o procedurze udzielenia zgody:

- 1. W jaki sposób mogą być wykorzystywane informacje o stanie Państwa zdrowia?** Informacje w formie elektronicznej o stanie Państwa zdrowia będą wykorzystane **wyłącznie** w celu świadczenia następujących usług opieki zdrowotnej:
 - **Usług związanych z leczeniem.** Udzielenie Państwu pomocy lekarskiej i związanych z nią usług.
 - **Weryfikacji ubezpieczenia.** Sprawdzenie, czy posiadają Państwo ubezpieczenie zdrowotne oraz zakresu takiego ubezpieczenia.
 - **Działań związanych z organizacją opieki.** Działania te mogą obejmować pomoc Państwu w uzyskaniu odpowiedniej opieki lekarskiej, poprawę jakości świadczonych Państwu usług lub pomoc Państwu w realizacji planu opieki lekarskiej.
 - **Działań związanych z poprawą jakości.** Ocena i poprawa jakości opieki medycznej świadczonej Państwu i wszystkim pacjentom.
- 2. Jakiego rodzaju informacje o stanie Państwa zdrowia będą ujawnione?** Jeśli udzielą Państwo zgody, świadczeniodawca(-y) i/lub organizacja(-e) opieki zdrowotnej uzyska(-ją) dostęp do WSZYSTKICH informacji w formie elektronicznej o stanie Państwa zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway. Obejmuje to informacje powstałe przed i po dacie podpisania niniejszego formularza zgody. Dokumentacja medyczna może obejmować Państwa historię chorób lub obrażeń (np. cukrzyca lub złamanie kości), wyniki badań (np. prześwietleń lub badań krwi) oraz listę przyjmowanych leków. Informacje te mogą obejmować informacje wrażliwe o stanie Państwa zdrowia, w tymi między innymi informacje o:
 - Nadużywaniu alkoholu lub narkotyków
 - Stosowanych środkach antykoncepcyjnych i wykonanych aborcji (planowaniu rodziny)
 - Chorobach lub badaniach w kierunku chorób genetycznych (dziedzicznych)
 - HIV/AIDS
 - Chorobach psychicznych
 - Chorobach przenoszonych drogą płciową

Jeżeli otrzymywali Państwo opiekę z powodu nadużywania alkoholu lub narkotyków, Państwa dane mogą zawierać informacje związane z rozpoznaniem nadużywania alkoholu lub narkotyków, lekami i dawkami, testami laboratoryjnymi, alergiami, wywiadem stosowania substancji, wywiadem urazowym, wypisami ze szpitala, zatrudnieniem, sytuacją życiową i pomocą społeczną oraz historią roszczeń ubezpieczenia zdrowotnego.
- 3. Skąd pochodzą informacje o stanie Państwa zdrowia?** Informacje o stanie Państwa zdrowia pochodzą z placówek/od osób, które świadczyły Państwu opiekę lekarską lub ubezpieczenie zdrowotne. Placówki/osoby takie mogą obejmować szpitale, lekarzy, apteki, laboratoria kliniczne, ubezpieczycieli zdrowotnych, program Medicaid i inne organizacje, które wymieniają informacje o stanie zdrowia w formie elektronicznej. Kompletna zaktualizowana lista dostępna jest w NY Care Information Gateway. Zaktualizowaną listę można otrzymać za pośrednictwem strony NY Care Information Gateway pod adresem www.NYCIG.org oraz pod numerem telefonu 718-334-5844.
- 4. Kto będzie mógł mieć dostęp do informacji o stanie Państwa zdrowia w przypadku udzielenia zgody?** Wyłącznie lekarze i pozostały personel organizacji, której(-ym) udzielił Państwo zgody na udostępnienie informacji, podejmującej(-ych) czynności dozwolone na mocy niniejszego formularza wyszczególnione powyżej w punkcie 1.
- 5. Udostępnianie informacji instytucjom opieki zdrowotnej i organizacji zajmującej się poszukiwaniem organów do przeszczepu.** Federalne, stanowe lub lokalne instytucje opieki zdrowotnej oraz pewne organizacje zajmujące się poszukiwaniem organów do przeszczepu są na mocy przepisów prawa upoważnione do uzyskania dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta bez zgody pacjenta w pewnych celach związanych z opieką zdrowotną i przeszczepem narządów. Podmioty te mogą mieć w takich celach dostęp do informacji za pośrednictwem NY Care Information Gateway bez względu na to, czy wyrażą Państwo na to zgodę, odmówią wyrażenia zgody czy też nie wypełnią formularza zgody.
- 6. Kary za nieprawidłowe udostępnianie lub wykorzystanie informacji o stanie Państwa zdrowia** Za nieodpowiednie udostępnianie lub wykorzystanie informacji w formie elektronicznej o stanie Państwa zdrowia przewidziane są kary. Każdy przypadek podejrzanego ujawnienia lub udostępnienia informacji o stanie Państwa zdrowia nieupoważnionym osobom należy zgłosić do świadczeniodawcy lub za pośrednictwem strony NY Care Information Gateway: www.NYCIG.org; można też zadzwonić do Departamentu Zdrowia Stanu Nowy Jork pod numer 518-474-4987 lub złożyć skargę w federalnym Biurze Praw Obywatelskich klikając na następujące łącze: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Ponowne ujawnienie informacji.** Organizacja(-e), której(-ym) udzielił Państwo zgody na udostępnienie informacji o swoim stanie zdrowia, może(-gą) ponownie ujawnić takie informacje, ale wyłącznie w stopniu dozwolonym przez obowiązujące przepisy prawa stanowego i federalnego. Informacje dotyczące leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków lub poufne informacje dotyczące zakażenia wirusem HIV mogą być udostępniane i ponownie ujawnione wyłącznie w przypadku, gdy dołączone są do nich wymagane oświadczenia dotyczące zakazu ponownego ujawnienia.
- 8. Okres ważności.** Niniejszy formularz zgody ważny będzie do dnia, w którym zmienią Państwo decyzję o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody lub do momentu zaprzestania działalności przez NY Care Information Gateway (**lub przez okres 50 lat po Państwa śmierci, w zależności od tego, która z tych dat przypadnie wcześniej**). W przypadku dokonania połączenia NY Care Information Gateway z innym upoważnionym podmiotem, Państwa decyzja o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody będzie ważna dla nowo utworzonego podmiotu.
- 9. Zmiana decyzji o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody.** Mogą Państwo w dowolnym momencie zmienić swą decyzję o udzieleniu lub odmowie udzielenia zgody dotyczącą dowolnego świadczeniodawcy lub organizacji opieki zdrowotnej; w tym celu należy złożyć nowy formularz wskazujący Państwa zgodę lub odmowę udzielenia zgody. Organizacje, którym udostępnione są informacje o stanie Państwa zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway w okresie ważności zgody, mają prawo powielać lub dołączać te informacje do swojej dokumentacji medycznej. Jeżeli w przyszłości zmienią Państwo swą decyzję o udzieleniu zgody, organizacje te nie mają obowiązku zwrócenia informacji o stanie Państwa zdrowia lub usunięcia takich informacji ze swojej dokumentacji.
- 10. Egzemplarz formularza.** Mają Państwo prawo otrzymać swój egzemplarz niniejszego formularza zgody.