

Разрешение на доступ к данным пациента через организацию по обмену медицинской информацией

Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА:	
АДРЕС ПАЦИЕНТА:	
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПАЦИЕНТА:	
ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:	

Прошу предоставить доступ к медицинской информации о моем лечении и уходе согласно условиям, указанным в данной форме. Я могу выбирать предоставлять или нет означенному выше поставщику медицинских услуг доступ к моей медицинской информации через организацию по обмену медицинской информацией, которая называется NY Care Information Gateway. Если я даю согласие, то моя медицинская информация из различных учреждений, куда я обращаюсь за медицинской помощью, может быть доступна через компьютерную сеть, которая охватывает всю территорию штата. NY Care Information Gateway — это некоммерческая организация, которая предоставляет медицинскую информацию в электронном виде с соблюдением требований к конфиденциальности и безопасности, согласно закону HIPAA и законодательству штата Нью-Йорк. Для получения более подробной информации посетите веб-сайт NY Care Information Gateway по адресу www.NYCIG.org.

Доступ к моей медицинской информации может быть предоставлен в случае возникновения экстренной ситуации, если я не поставлю отметку в поле № 3, означающую, что я не даю согласие даже в случае возникновения экстренной медицинской ситуации.

Сделанный мной выбор в данной форме НЕ влияет на мое медицинское обслуживание. Выбор, указанный в данной форме, также НЕ дает медицинским страховым компаниям права доступа к моей информации с целью принятия решения о предоставлении мне медицинской страховки или об оплате медицинских счетов.

<p>Выбор варианта решения. Мне надо сделать отметку в ОДНОМ квадратике слева от выбранного варианта.</p> <p>Я могу заполнить эту форму сейчас или в будущем.</p> <p>Я также могу изменить свое решение в любое время, заполнив новую форму.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на предоставление доступа вышеуказанному поставщику медицинских услуг ко ВСЕЙ моей медицинской информации в электронном виде через систему NY Care Information Gateway в связи с предоставлением мне медицинских услуг (включая экстренную медицинскую помощь).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СИТУАЦИИ, на предоставление вышеуказанному поставщику медицинских услуг доступа к моей медицинской информации в электронном виде через систему NY Care Information Gateway.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ на предоставление вышеуказанному поставщику медицинских услуг доступа к моей медицинской информации в электронном виде через систему NY Care Information Gateway даже в случае возникновения экстренной медицинской ситуации.</p>

Если я решаю не давать согласие на предоставление поставщикам медицинских услуг и планам медицинского страхования, участвующим в системе NY Care Information Gateway, доступа к моей электронной медицинской информации через указанную систему, я могу сделать это на веб-сайте системы NY Care Information Gateway по адресу www.NYCIG.org, либо позвонив в NY Care Information Gateway по телефону 718-334-5844.

Я получил (получила) ответы на свои вопросы по поводу данной формы, и мне была предоставлена ее копия.

Подпись пациента или законного представителя пациента	Дата
Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (если применимо)	Кем законный представитель приходится пациенту (если применимо)

Подробно о получении доступа к информации через систему NY Care Information Gateway и процессе предоставления согласия:

- 1. Как может быть использована ваша информация.** Ваша медицинская информация в электронном виде будет использована **только** во время оказания следующих медицинских услуг:
 - **Услуги по лечению.** Предоставление вам лечения и сопутствующих услуг.
 - **Подтверждение прав на получение медицинской страховки.** Проверка наличия у вас медицинской страховки и покрываемых ею видов медицинского обслуживания.
 - **Меры по организации ухода.** Сюда относится оказание помощи в получении соответствующих медицинских услуг, повышение качества предоставляемого ухода, координация при оказании комплексного медицинского обслуживания и помощи в осуществлении планового лечения.
 - **Меры по улучшению качества обслуживания.** Проводится оценка и оптимизация качества медицинского обслуживания, предоставляемого вам и всем пациентам.
- 2. Какая информация подлежит раскрытию.** Если вы даете согласие, то указанные в списке поставщик (и) медицинских услуг и/или план (ы) медицинского страхования могут получить доступ ко ВСЕЙ вашей электронной медицинской информации через систему NY Care Information Gateway. Такая информация включает данные, созданные до и после даты подписания настоящей формы согласия. Ваша медицинская информация может включать в себя историю болезни или информацию о полученных вами травмах (сахарный диабет или перелом); результаты обследований (например, рентген или анализы крови); перечень препаратов, которые вы принимали и принимаете. Данная информация может содержать сведения о медицинских проблемах деликатного характера, в том числе:
 - Злоупотребление алкоголем или наркотиками
 - Методы контрацепции и аборт (планирование семьи)
 - Генетические (наследственные) заболевания или анализы
 - ВИЧ/СПИД:
 - Психические расстройства
 - Заболевания, передающиеся половым путем

Если вы проходили лечение в связи с алкогольной или наркотической зависимостью, ваша документация также может включать информацию о соответствующем диагнозе, принимаемых лекарственных препаратах и их дозировке, результатах лабораторных анализов, аллергии, анамнезе приема психоактивных веществ, анамнезе травм, выписке из стационара, трудоустройстве, условиях проживания, получении социальной помощи и истории страховых требований по медицинским страховкам.
- 3. Откуда поступает моя медицинская информация.** Ваша информация поступает из учреждений, которые оказывали вам медицинскую помощь или услуги медицинского страхования. К ним относятся больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховые компании, программа Medicaid и другие организации, осуществляющие обмен медицинской информацией в электронном виде. Полный и актуальный список организаций можно получить в системе NY Care Information Gateway. Вы можете получить обновленный список в любое время, посетив веб-сайт NY Care Information Gateway по адресу www.NYCIG.org или позвонив по телефону 718-334-5844.
- 4. Кто получит доступ к вашей информации, если вы дадите согласие.** Только врачи и остальной медицинский персонал организаций, которым вы дали свое согласие на получение доступа к вашей информации, и которые осуществляют деятельность, разрешенную в п. 1 данной формы, как указано выше.
- 5. Доступ организаций общественного здравоохранения и трансплантационной координации.** Федеральным, региональным и местным организациям общественного здравоохранения и некоторым организациям трансплантационной координации законодательно разрешен доступ к медицинской информации без согласия пациента для определенных целей, связанных с общественным здравоохранением и трансплантацией органов. Данные организации могут получить доступ к вашей информации через NY Care Information Gateway для указанных выше целей независимо от того, дали вы согласие или нет, равно как и от того заполнили вы форму согласия или нет.
- 6. Штрафные санкции за несанкционированный доступ или ненадлежащее использование вашей информации.** За несанкционированный доступ к вашей медицинской информации и ее использование не по назначению предусмотрены штрафные санкции. Если у вас есть основания полагать, что кто-то получил несанкционированный доступ к вашей медицинской информации, позвоните поставщику медицинских услуг или обратитесь на веб-сайт NY Care Information Gateway: www.NYCIG.org; либо позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-474-4987; либо подайте жалобу в федеральный Отдел по гражданским правам (с процедурой подачи жалобы можно ознакомиться по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>).
- 7. Вторичное раскрытие информации.** Любые организации, которым вы своим согласием дали право доступа к вашей медицинской информации, могут повторно раскрыть ее, но только в той мере, в какой это разрешено федеральным законодательством и законодательством штата. Информация, касающаяся лечения алкогольной и наркотической зависимости, или конфиденциальная информация о наличии ВИЧ, может быть получена, а также повторно раскрыта только при наличии требуемых заявлений в отношении запрета на вторичное раскрытие.
- 8. Срок действия.** Настоящая форма согласия будет действительна до тех пор, пока вы не измените свой выбор согласия, или пока NY Care Information Gateway не прекратит свою работу (**или через 50 лет после вашего ухода из жизни, в зависимости от того, что произойдет раньше**). В случае слияния NY Care Information Gateway с другой имеющей соответствующие права организацией, выбранный вами вариант согласия останется действительным в новой объединенной организации.
- 9. Изменение выбранного варианта.** Вы можете в любое время изменить свой выбор в отношении любого поставщика медицинских услуг или плана медицинского страхования, подав новую форму согласия с новым вариантом вашего выбора. Организации, имеющие доступ к вашей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway в течение срока, пока ваше согласие остается в силе, вправе копировать или включать вашу информацию в свою медицинскую документацию. Если вы позднее решите изменить свое решение, поставщики медицинских услуг не обязаны возвращать вашу информацию или удалять ее из своей документации.
- 10. Экземпляр формы.** Вы имеете право получить экземпляр настоящей формы согласия.