

Autorizim për Akses në Informacionet e Pacientit Përmes një Organizate për Shkëmbim Informacioni

Departamenti i Shëndetësisë të Shtetit të Nju Jorkut

EMRI I PACIENTIT:	
ADRESA E PACIENTIT:	
DATËLINDJA:	
NUMRI I IDENTIFIKIMIT TË PACIENTIT:	
ORGANIZATA E OFRUESIT:	

Unë kërkoj që informacioni shëndetësor në lidhje me kujdesin dhe mjekimin tim të përdoret siç përcaktohet në këtë formular. Unë mund të zgjedh nëse do të lejoj Organizatën Ofruese të treguar më sipër të ketë akses në regjistrimet e mia mjekësore përmes organizatës të shkëmbimit të informacionit të quajtur NY Care Informacion Gateway. Nëse e jep miratimin, kartelat e mia mjekësore nga vende të ndryshme ku marr shërbime të kujdesit mjekësor mund të përdoren duke përdorur një rrjet kompjuterik ndërshtetëror. Porta Informative e Kujdesit të Nju Jorkut ("Ny Care Information Gateway") është një organizatë jofitimprurëse që e ndan informacionin rreth shëndetit të njerëzve në mënyrë elektronike dhe që i përmbush standardet e ruajtjes së fshehtësisë dhe sigurimit të HIPAA-s dhe të Ligjit të Shtetit Nju Jork. Për të mësuar më shumë, vizitoni faqen e internetit në www.NYCIG.org.

Zgjedhja që bëj në këtë formular NUK do të ndikojë për mundësinë time për të marrë kujdes mjekësor. Çfarëdolloj përzgjedhje që bëj në këtë Formular, NUK i lejon kompanitë e sigurimit shëndetësor që të përdorin informacionin tim me qëllim për të vendosur nëse do të më japin sigurim shëndetësor apo do të paguajnë faturat e mia mjekësore.

<p>Zgjedhja ime NJË kuti shënohet në të majtë të zgjedhjes sime. Këtë formular mund ta plotësoj tani ose në të ardhmen. Gjithashtu mund ta ndryshoj vendimin tim duke plotësuar një formular të ri.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. UNË JAP APROVIMIN për Organizatën Ofruese të treguar më sipër që të përdorë TË GJITHA informacionet e mia elektronike përmes NY Care Information Gateway për të ofruar shërbimet e kujdesit shëndetësor.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. UNË REFUZOJ TË JAP APROVIMIN për organizatën ofruese të treguar më sipër që të përdorë informacionet e mia shëndetësore elektronike përmes NY Care Information Gateway për asnjë qëllim.</p>

Nëse dëshiroj të refuzoj aprovimin për të gjitha Organizatat Ofruese dhe Planet Shëndetësore që marrin pjesë në NY Care Information Gateway të përdorin informacionet e mia shëndetësore elektronike përmes NY Care Information Gateway, mund ta bëj këtë duke vizituar faqen e internetit të NY Care Information Gateway në www.NYCIG.org ose duke telefonuar NY Care Information Gateway në 718-334-5844.

Pyetjet e mira rreth këtij formulari më janë përgjigjur dhe mua më kanë dhënë një kopje të këtij formulari.

Nënshkrimi i pacientit ose i përfaqësuesit ligjor të pacientit	Data
Shkruani me germa shtypi emrin e përfaqësuesit ligjor (nëse është e zbatueshme)	Marrëdhënia e përfaqësuesit ligjor me pacientin (nëse është e zbatueshme)

Detaje rreth informacioneve të përdorura përmes NY Care Information Gateway dhe procesit të aprovimit:

- Si Mund të Përdoren Informacionet Tuaja.** Informacionet tuaja shëndetësore elektronike do të përdoren **vetëm** për shërbimet e mëposhtme të kujdesit shëndetësor:
 - **Shërbimet e Trajtit:** Ju japin mjekim dhe shërbime të ngjashme.
 - **Verifikimi i Pranueshmërisë për Siguracion.** Kontrollon nëse keni siguracion shëndetësor dhe çfarë mbulon ai.
 - **Aktivitetet e Menaxhimit të Kujdesit Shëndetësor.** Këto cilat përfshijnë asistimin tuaj në sigurimin e kujdesit të duhur mjekësor, përmirësimin e cilësisë së shërbimeve që ju janë dhënë, koordinimin e kushtit të shërbimeve të shumta të kujdesit shëndetësor që ju janë dhënë, ose ndihmën tuaj me ndjekjen e një plani të kujdesit mjekësor.
 - **Aktivitetet e Përmirësimit të Cilësisë.** Vlerësojnë dhe përmirësojnë cilësinë e kujdesit mjekësor që ju është dhënë juve dhe të gjithë pacientëve.
- Çfarë lloj Informacionesh Rreth Jush Janë Përfshirë.** Nëse jepni aprovimin, Organizata(t) Ofruese dhe/ose Plani(et) Shëndetësore të renditura mund të kenë akses në TË GJITHA informacionet tuaja shëndetësore elektronike përmes NY Care Information Gateway. Kjo përfshin informacionin e krijuar para dhe pas datës kur është nënshkruar ky formular. Regjistrimet tuaja shëndetësore mund të përfshijnë një histori të sëmundjeve ose lëndimeve që keni pasur (si diabete ose thyrje kocke), rezultatet e analizave (si rreze-X dhe analiza gjaku) dhe lista të ilaçeve që keni marrë. Këto informacione mund të përfshijnë probleme shëndetësore sensitive, por jo vetëm:
 - Probleme me përdorimin e alkoolit ose drogës
 - Kontroll i lindjeve dhe aborti (planifikimi familjar)
 - Sëmundje gjenetike (të trashëguara) ose teste
 - HIV/AIDS
 - Sëmundje shëndetësore mendore
 - Sëmundje të transmetuara seksualisht

Nëse jeni trajtuar për abuzimin me alkoolin ose drogën, kartela juaj mund të përfshijë informacione që lidhen me diagnozat për abuzimin me alkoolin dhe drogën, ilaçet dhe dozat, analizat laboratorike, alergjitë, historinë e përdorimit të substancave, historinë e traumave, largimet nga spitali, punësimin, situatën e jetesës dhe mbështetjet sociale dhe historinë e kërkesave për siguracion shëndeti
- Nga Vjen Informacioni Shëndetësor Rreth Jush.** Informacionet rreth jush vijnë nga vende që ju kanë ofruar juve kujdes mjekësor ose siguracion shëndeti. Këto mund të përfshijnë spital, mjekë, farmaci, laboratorë klinikë, sigurues shëndeti, programi Medicaid dhe organizata të tjera që shkëmbejnë informacione shëndetësore në formë elektronike. Një listë e plotë aktuale është në dispozicion nga NY Care Information Gateway. Mund të merrni një listë të përditësuar në çdo kohë duke kontrolluar faqen e internetit të NY Care Information Gateway në www.NYCIg.org ose duke telefonuar 718-334-5844.
- Kush Mund ta Shikojë Informacionin Rreth Jush, Nëse Jeni Aprovimi.** Vetëm mjekët dhe pjesëtarët e tjerë të Organizatës(ave) të cilave u keni dhënë aprovim dhe që bëjnë aktivitetet e lejuara në këtë formular siç tregohet më sipër në paragrafin një.
- Përdorim nga Organizatat e Shëndetit Publik dhe të Gjetjes së Organeve** Agjencitë federale, shtetërore ose lokale të shëndetit publik dhe organizata të caktuara të gjetjes së organeve janë autorizuar nga ligji për ta parë informacionin shëndetësor pa miratimin e pacientit, për qëllime të caktuara shëndetësore publike dhe qëllime të transplantimit të organeve. Këto ente mund ta shohin informacionin tuaj nëpërmjet Portës Informative të Kujdesit të Nju Jorkut ("Ny Care Information Gateway") për këto qëllime, pa marrë parasysh nëse keni dhënë apo jo miratim, leje ose nëse nuk e keni plotësuar formularin e miratimit.
- Gjaba për Përdorim ose Shikim të Papërshtatshëm të Informacionit Tuaj** Ekzistojnë gjaba për përdorim ose shikim të papërshtatshëm të informacionit tuaj elektronik shëndetësor. Nëse në çfarëdo momenti dyshoni që dikush i cili nuk duhet të shikojë ose të ketë të drejta në informacionet rreth jush e ka bërë këtë, telefononi Organizatën Ofruese; ose vizitoni faqen e internetit të NY Care Information Gateway: www.NYCIg.org; ose telefononi NYS Department of Health në 518-474-4987; ose ndiqi procesin e ankimit të Zyrës për të Drejtat Civile në lidhjen e mëposhtme: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Ri-zbulimi i Informacionit.** Çdo organizatë të cilës i keni dhënë aprovim të ketë akses në informacionet shëndetësore rreth jush mund të ri-zbulojë informacionet tuaja shëndetësore, por vetëm deri në shkallën e lejuar nga ligjet dhe rregullat shtetërore dhe federale. Informacioni në lidhje me mjekimet për alkool/droga ose informacioni i fshehtë në lidhje me HIV-in mund të përdoret dhe mund të rizbulohet vetëm nëse shoqërohet nga deklaratatë të detyrueshme në lidhje me ndalimin e rizbulimit.
- Periudha Efektive.** Ky Formular Aprovimi do të mbetet në fuqi deri në ditën që ndryshoni zgjedhjen e aprovimit ose derisa NY Care Information Gateway të ndalojë veprimtarinë (**ose deri në 50 vjet pas vdekjes tuaj, cilado që vjen e para**). Nëse NY Care Information Gateway shkrihet me një Ent të Kualifikuar tjetër, zgjedhjet tuaja të aprovimit do të mbeten në fuqi me entin e ri të bashkuar.
- Ndryshimi i Zgjedhjes të Aprovimit Tuaj** Mund ta ndryshoni zgjedhjen e aprovimit tuaj në çdo kohë dhe për çdo Organizatë Ofruese ose Plan shëndetësor duke paraqitur një Formular Aprovimi të ri me zgjedhjen tuaj. Organizatat që kanë akses në informacionet tuaja shëndetësore përmes NY Care Information Gateway ndërkohë që aprovimi juaj është në fuqi mund të kopjojnë ose përfshijnë informacionet tuaja në regjistrimet e tyre mjekësore. Edhe nëse më vonë vendosni të ndryshoni vendimin për aprovimin tuaj, atyre nuk u kërkohet të kthejnë informacionet tuaja ose t'i heqin nga regjistrimet e tyre.
- Kopje e Formularit.** Ju keni të drejtën të merrni një kopje të këtij Formulari Aprovimi.