

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:	
Δ/ΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:	
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ-ΠΑΡΟΧΟΣ:	

Ζητώ να επιτραπεί η πρόσβαση στις πληροφορίες που αφορούν στην περίθαλψη και τη θεραπεία μου όπως ορίζεται στο παρόν έντυπο. Μπορώ να επιλέξω αν θα επιτρέψω ή όχι την πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία μου στον Οργανισμό-Πάροχο που κατονομάζεται ανωτέρω μέσω του οργανισμού ανταλλαγής πληροφοριών υγείας με την επωνυμία Πύλη Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης. Αν δώσω τη συγκατάθεσή μου, τα ιατρικά μου αρχεία που τηρούνται σε διάφορες τοποθεσίες όπου λαμβάνω υγειονομική περίθαλψη θα είναι προσβάσιμα μέσω ενός πολιτειακού πληροφοριακού συστήματος. Η Πύλη Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ανταλλάσσει ηλεκτρονικά πληροφορίες σχετικά με την υγεία των πολιτών και πληροί τα πρότυπα προστασίας του απορρήτου και ασφάλειας του Νόμου περί φορητότητας και ευθύνης της ασφάλισης υγείας (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) και τη νομοθεσία της Πολιτείας της Νέας Υόρκης. Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Πύλης Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης στη διεύθυνση [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org)

**Η επιλογή που κάνω σε αυτό το έντυπο ΔΕΝ θα επηρεάσει την ικανότητα λήψης της ιατρικής περίθαλψης που δικαιούμαι. Η επιλογή που κάνω σε αυτό το έντυπο ΔΕΝ επιτρέπει στους ασφαλιστές υγείας να αποκτούν πρόσβαση στις πληροφορίες μου προκειμένου να αποφασίσουν αν θα μου παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας ή θα πληρώνουν τις ιατρικές μου δαπάνες.**

<p><b>Η Επιλογή της Συγκατάθεσής μου.</b> Επιλέγω ΕΝΑ πλαίσιο στα αριστερά της επιλογής μου. Μπορώ να συμπληρώσω το παρόν έντυπο τώρα ή στο μέλλον. Επίσης, μπορώ να αλλάξω την απόφασή μου ανά πάσα στιγμή συμπληρώνοντας νέο έντυπο.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ</b> για την πρόσβαση του Οργανισμού-Παρόχου που κατονομάζεται ανωτέρω σε ΟΛΕΣ τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μου μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης (NY Care Information Gateway) για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. ΔΕΝ ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ</b> για την πρόσβαση του Οργανισμού-Παρόχου που κατονομάζεται ανωτέρω στις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μου μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης για κανέναν σκοπό.</p>

Αν επιθυμώ να μη δώσω τη συγκατάθεσή μου σε όλους τους Οργανισμούς-Παρόχους και τα Προγράμματα Υγείας που συμμετέχουν στην Πύλη Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης, ώστε να αποκτήσουν πρόσβαση στις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μου μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης, μπορώ να το πράξω μέσω της ιστοσελίδας της Πύλης Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης στη διεύθυνση [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) ή επικοινωνώντας τηλεφωνικά με την Πύλη Πληροφοριών Περίθαλψης της Νέας Υόρκης στον αριθμό 718-334-5844.

Οι απορίες μου σχετικά με το παρόν έντυπο έχουν απαντηθεί και έχω λάβει αντίγραφο του παρόντος εντύπου.

Υπογραφή ασθενούς ή νόμιμου εκπροσώπου ασθενούς	Ημερομηνία
Όνομα νόμιμου εκπροσώπου ασθενούς ολογράφως (αν ισχύει)	Σχέση νόμιμου εκπροσώπου με τον ασθενή (αν ισχύει)

**Λεπτομέρειες σχετικά με τις πληροφορίες που διατίθενται μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης και τη διαδικασία συγκατάθεσης:**

- 1. Πώς ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες σας.** Οι πληροφορίες υγείας σας που τηρούνται ηλεκτρονικά μπορούν να χρησιμοποιούνται **μόνο** για τις εξής υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης:
  - **Θεραπευτικές Υπηρεσίες.** Την παροχή ιατρικής περίθαλψης και συναφών υπηρεσιών.
  - **Έλεγχος Ασφαλιστικής Ικανότητας.** Τον έλεγχο αν διαθέτετε ασφάλιση υγείας και τι καλύπτει.
  - **Δραστηριότητες Διαχείρισης Περιθαλψής.** Αυτές περιλαμβάνουν την παροχή υποστήριξης προκειμένου να λάβετε τη δέουσα ιατρική περίθαλψη, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που σας παρέχονται, τον συντονισμό της παροχής πολλαπλών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνετε ή την υποστήριξη προκειμένου να ακολουθήσετε ένα πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης.
  - **Δραστηριότητες Βελτίωσης της Ποιότητας.** Αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται σε εσάς και όλους τους ασθενείς.
- 2. Τι είδους προσωπικά δεδομένα περιλαμβάνει.** Αν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, ο Οργανισμός ή οι Οργανισμοί-Πάροχοι ή/και το Πρόγραμμα ή τα Προγράμματα Υγείας που απαριθμούνται μπορεί να αποκτήσουν πρόσβαση σε ΟΛΕΣ τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας που διατίθενται μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης. Αυτές περιλαμβάνουν πληροφορίες που δημιουργήθηκαν πριν από την ημερομηνία του παρόντος Εντύπου Συγκατάθεσης και μετά από αυτήν. Τα ιατρικά σας αρχεία περιλαμβάνουν ένα ιστορικό των ασθενειών ή των τραυματισμών σας (όπως διαβήτης ή κάταγμα οστού), τα αποτελέσματα εξετάσεων (όπως ακτινογραφίες ή αιματολογικές εξετάσεις) και λίστες με τα φάρμακα που σας έχουν χορηγηθεί. Σε αυτές τις πληροφορίες ενδέχεται να περιλαμβάνονται ευαίσθητες πληροφορίες σχετικά με παθήσεις και νοσήματα:
  - Προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών • Αντισύλληψη και αμβλώσεις (οικογενειακός προγραμματισμός) • Γενετικές (κληρονομικές) ασθένειες ή έλεγχοι • HIV/AIDS • Ψυχικά νοσήματα • Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες

Αν έχετε λάβει περίθαλψη για κατάχρηση οιοπνεύματος ή φαρμακευτικών/ ναρκωτικών ουσιών, το ιστορικό σας μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τη διάγνυσή σας για κατάχρηση οιοπνεύματος ή φαρμακευτικών/ ναρκωτικών ουσιών, τη φαρμακευτική σας αγωγή και τις δοσολογίες, τις εργαστηριακές εξετάσεις σας, τυχόν αλλεργίες, το ιστορικό σας όσον αφορά τη χρήση ουσιών, το ιστορικό τραυματισμών σας, το ιστορικό εξιτηρίου από νοσοκομεία, την απασχόλησή σας, τις συνθήκες διαβίωσής σας και την κοινωνική αρωγή που έχετε λάβει, καθώς και το ιστορικό ασφαλιστικών αποζημιώσεών σας για θέματα υγείας.
- 3. Από πού προέρχονται οι πληροφορίες που αφορούν στην υγεία σας.** Οι πληροφορίες που σας αφορούν προέρχονται από μέρη που σας έχουν παράσχει ιατρική περίθαλψη ή ασφάλιση υγείας. Μπορεί να περιλαμβάνουν νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, κλινικά εργαστήρια, ασφαλιστές υγείας, το πρόγραμμα Medicaid και άλλους οργανισμούς που ανταλλάσσουν πληροφορίες υγείας ηλεκτρονικά. Πλήρης και ενημερωμένος κατάλογος διατίθεται στην Πύλη Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης. Μπορείτε να λάβετε τον ενημερωμένο κατάλογο ανά πάσα στιγμή από την ιστοσελίδα της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης στη διεύθυνση [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) ή επικοινωνώντας τηλεφωνικά στον αριθμό 718-334-5844.
- 4. Ποιος μπορεί να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες που σας αφορούν, εφόσον δώσετε τη συγκατάθεσή σας.** Μόνο ιατροί και άλλα μέλη του προσωπικού του Οργανισμού ή των Οργανισμών στους οποίους έχετε δώσει τη συγκατάθεσή σας και αναπτύσσουν δραστηριότητες οι οποίες επιτρέπονται βάσει του παρόντος εντύπου, όπως περιγράφεται ανωτέρω στην παράγραφο ένα.
- 5. Πρόσβαση από τον Οργανισμό Δημόσιας Υγείας και Προμήθειας Οργάνων.** Οι ομοσπονδιακοί, πολιτειακοί ή τοπικοί φορείς δημόσιας υγείας και κάποιοι οργανισμοί προμήθειας οργάνων είναι εξουσιοδοτημένοι από τον νόμο να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς για ορισμένους σκοπούς δημόσιας υγείας και μεταμόσχευσης οργάνων. Αυτοί οι φορείς μπορεί να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες σας μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης για τους σκοπούς αυτούς, ανεξάρτητα από το αν έχετε δώσει τη συγκατάθεσή σας, έχετε αρνηθεί τη συγκατάθεσή σας ή δεν έχετε συμπληρώσει το έντυπο συγκατάθεσης.
- 6. Κυρώσεις σε περίπτωση παράνομης πρόσβασης ή χρήσης των πληροφοριών.** Η μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή χρήση των ηλεκτρονικών πληροφοριών υγείας σας επισύρει κυρώσεις. Αν οποιαδήποτε στιγμή υποπτευτείτε ότι κάποιος που δεν είναι εξουσιοδοτημένος να δει ή να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες που σας αφορούν το έχει πράξει, καλέστε τον Οργανισμό-Πάροχο ή επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης στη διεύθυνση [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) ή επικοινωνήστε τηλεφωνικά με τη Διεύθυνση Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στον αριθμό 518-474-4987 ή ακολουθήστε τη διαδικασία υποβολής παραπόνων της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Ατομικών Δικαιωμάτων στην ιστοσελίδα <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Εκ νέου κοινοποίηση πληροφοριών.** Κάθε οργανισμός στον οποίον έχετε δώσει τη συγκατάθεσή σας για πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας που σας αφορούν μπορεί να κοινοποιήσει εκ νέου τις πληροφορίες υγείας σας, αλλά μόνο στον βαθμό που επιτρέπεται από την πολιτειακή ή την ομοσπονδιακή νομοθεσία και τους κανονισμούς. Η πρόσβαση σε πληροφορίες και η εκ νέου κοινοποίηση πληροφοριών που σχετίζονται με θεραπείες για κατάχρηση αλκοόλ/ναρκωτικών ή εμπιστευτικών πληροφοριών που σχετίζονται με το HIV είναι δυνατή μόνο εφόσον συνοδεύονται από τις απαιτούμενες δηλώσεις σχετικά με την απαγόρευση της εκ νέου κοινοποίησης.
- 8. Περίοδος ισχύος.** Το παρόν Έντυπο Συγκατάθεσης θα παραμείνει σε ισχύ μέχρι την ημέρα που θα αλλάξετε την επιλογή της συγκατάθεσης σας ή μέχρι τη διακοπή της λειτουργίας της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης (ή **επί 50 έτη μετά τον θάνατό σας, όποιο προκύψει πρώτο**). Αν η Πύλη Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης συγχωνευθεί με άλλη Επιλέξιμη Οντότητα, οι επιλογές για τη συγκατάθεσή σας θα συνεχίσουν να ισχύουν και για τη νέα οντότητα που θα προκύψει από τη συγχώνευση.
- 9. Μεταβολή της επιλογής συγκατάθεσής σας.** Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να αλλάξετε την επιλογή συγκατάθεσής σας για κάθε Οργανισμό-Πάροχο ή Πρόγραμμα Υγείας υποβάλλοντας ένα νέο Έντυπο Συγκατάθεσης με τη νέα επιλογή σας. Οι οργανισμοί που έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας σας μέσω της Πύλης Πληροφοριών Περιθαλψής της Νέας Υόρκης κατά τη διάρκεια ισχύος της συγκατάθεσής σας μπορούν να αντιγράψουν ή να συμπεριλαμβάνουν τις πληροφορίες σας στα δικά τους ιατρικά αρχεία. Ακόμα και αν αργότερα αποφασίσετε να μεταβάλλετε τη απόφαση για τη συγκατάθεσή σας, οι εν λόγω οργανισμοί δεν υποχρεούνται να επιστρέψουν τις πληροφορίες σας ή να τις διαγράψουν από τα αρχεία τους.
- 10. Αντίγραφο εντύπου.** Δικαιούστε να λάβετε αντίγραφο του παρόντος Εντύπου Συγκατάθεσης.