

Autorizim për akses vetëm një herë në informacionet shëndetësore të të miturve
 New York State Department of Health **Përmes një organizate për shkëmbimin e informacioneve shëndetësore**

Emri i pacientit	Data e lindjes	Numri i identifikimit të pacientit
Adresa e pacientit		
Organizata e ofruesit		
Data e shërbimit		

Unë kërkoj që informacioni shëndetësor në lidhje me kujdesin dhe mjekimin tim të përdoret siç përcaktohet në këtë formular. Unë mund të zgjedh nëse dua të lejoj ose jo "Organizatën Ofruese" të renditur më sipër që të marrë akses në informacionet e mia mjekësore përmes organizatës për shkëmbimin e informacioneve shëndetësore të quajtur Interboro Regional Healthcare Information Organization d/b/a NY Care Information Gateway (NYCIG). Nëse jap aprovimin, informacionet e mia mjekësore nga vende të ndryshme ku marr trajtim shëndetësor mund të shihen vetëm këtë herë në mënyrë që mjeku im të më ndihmojë më mirë për kujdesin shëndetësor.

Zgjedhja që bëj në këtë formular NUK i jep mundësi mjekut që të ketë akses të vazhdueshëm në informacionet e mia shëndetësore. Ky është një akses VETËM PËR NJË HERË.

Zgjedhja e aprovimit tim. NJË kuti shënohet në të majtë të zgjedhjes sime.
<input type="checkbox"/> 1. UNË JAP APROVIMIN që "Organizata Ofruese" të ketë akses vetëm një herë në TË GJITHA informacionet e mia shëndetësore elektronike përmes NYCIG për të ofruar kujdes shëndetësor.
<input type="checkbox"/> 2. UNË REFUZOJ TË JAP APROVIMIN që "Organizata Ofruese" të shikojë informacionet e mia shëndetësore elektronike përmes NYCIG për çfarëdo qëllimi.

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

Nënshkrimi i pacientit	Data
Emri me shtyp	

Detaje rreth informacioneve që shihen përmes NY Care Information Gateway (NYCIG) dhe procesit të aprovimit:

1. **Si mund të përdoren informacionet tuaja.** Informacionet tuaja shëndetësore elektronike do të përdoren **vetëm** për qëllimet e mëposhtme të kujdesit shëndetësor:
 - **Trajtim shëndetësor i aprovuar për të miturit.** Ju japin mjekim dhe shërbime të ngjashme.
2. **Çfarë lloj informacionesh rreth jush përfshihen.** Nëse jepni aprovimin, Organizata Ofruese e renditur mund të shikojë VETËM NJË HERË TË GJITHA informacionet tuaja shëndetësore elektronike të disponueshme përmes NYCIG. 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 thyerje kocke), rezultate analizash (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
3. **Nga vijnë informacionet shëndetësore 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, sigures shëndeti, programi Medicaid dhe organizata të tjera që shkëmbejnë informacione shëndetësore në formë elektronike. Një listë aktuale e plotë është e disponueshme në nga NY Care Information Gateway në faqen e tyre të internetit: www.NYCIG.org.
4. **Kush mund t'i shikojë informacionet rreth jush nëse jepni aprovimin.** 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.
5. **Akresi nga organizatat e shëndetit publik dhe sigurimit të 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 NYCIG për këto qëllime pa marrë parasysh nëse keni dhënë apo jo miratim, leje ose nëse nuk e keni plotësuar formularin e miratimit.
6. **Gjobat për përdorimin ose shikimin e papërshtatshëm të informacioneve tuaja.** Ekzistojnë gjoba 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 në: _____; ose vizitoni faqen e internetit të NYCIG: **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 lidhje me mëposhtme: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Rizbulimi 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 detyrueshme në lidhje me ndalimin e rizbulimit.
8. **Periudha efektive.** Ky formular aprovimi do të mbetet në fuqi VETËM për kohëzgjatjen e trajtimit të marrë në "Datën e Shërbimit" të renditur.
10. **Kopje e formularit.** Keni të drejtë që të merrni një kopje të këtij Formulari Miratimi.