

**Jednorazowe upoważnienie dotyczące dostępu do informacji o stanie zdrowia osoby nieletniej
za pośrednictwem organizacji wymiany informacji o stanie zdrowia**

Departament Zdrowia Stanu Nowy Jork

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny pacjenta
Adres pacjenta		
Świadczeniodawca		
Data świadczenia usługi		

Proszę o skorzystanie z dostępu do informacji o moim stanie zdrowia dotyczących opieki i leczenia na warunkach określonych w niniejszym formularzu. Mogę zdecydować, czy zezwolę wskazanemu powyżej „Świadczeniodawcy” na dostęp do mojej dokumentacji medycznej za pośrednictwem organizacji wymiany informacji o stanie zdrowia o nazwie Interboro Regional Healthcare Information Organization prowadzącej działalność pod nazwą NY Care Information Gateway (NYCIG). Jeżeli udzielę takiej zgody, moja dokumentacja medyczna z różnych placówek, w których korzystam z opieki zdrowotnej, zostanie udostępniona tylko ten jeden raz, aby zajmujący się mną lekarz mógł mi zapewnić lepszą opiekę.

Wybór dokonany przeze mnie w niniejszym formularzu NIE pozwala świadczeniodawcy medycznemu na stały dostęp do informacji o moim stanie zdrowia. Jest to dostęp WYŁĄCZNIE JEDNORAZOWY.

Moja decyzja o udzieleniu zgody. Należy zaznaczyć JEDNO pole po lewej stronie właściwego oświadczenia.
<input type="checkbox"/> 1. UDZIELAM ZGODY na to, aby „Świadczeniodawca” uzyskał wyłącznie jednorazowy dostęp do WSZYSTKICH informacji w formie elektronicznej o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NYCIG w celu świadczenia usług medycznych.
<input type="checkbox"/> 2. NIE UDZIELAM ZGODY na to, aby „Świadczeniodawca” uzyskał dostęp do informacji w formie elektronicznej o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NYCIG w jakimkolwiek celu.

Udzielono mi odpowiedzi na wszystkie zadane pytania i przekazano egzemplarz niniejszego formularza.

Podpis pacjenta	Data
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	

Szczegółowe wyjaśnienia dotyczące dostępu do informacji za pośrednictwem NY Care Information Gateway (NYCIG) oraz procedury udzielenia zgody:

- 1. W jaki sposób mogą być wykorzystywane informacje na Twój temat.** Informacje w formie elektronicznej o Twoim stanie zdrowia zostaną wykorzystane **wyłącznie** w celu świadczenia następujących usług opieki zdrowotnej:
 - **Usługi medyczne za zgodą nieletniego.** Obejmują udzielenie pomocy lekarskiej i związanych z nią usług.
- 2. Jakiego rodzaju informacje o Twoim stanie zdrowia zostaną ujawnione.** Jeżeli udzielisz zgody, wskazany Świadczeniodawca może uzyskać **WYŁĄCZNIE JEDNORAZOWY** dostęp do **WSZYSTKICH** informacji w formie elektronicznej o Twoim stanie zdrowia za pośrednictwem NYCIG. Obejmuje to informacje powstałe przed datą podpisania niniejszego formularza zgody oraz po tej dacie. Dokumentacja medyczna może obejmować Twoją historię chorób lub obrażeń (takich jak cukrzyca lub złamanie kości), wyniki badań (np. prześwietleń lub badań krwi) oraz listę przyjmowanych leków. Informacje te mogą obejmować szczególnie chronione dane dotyczące zdrowia, w tymi między innymi o:
 - nadużywaniu alkoholu lub narkotyków,
 - stosowanych środkach antykoncepcyjnych i aborcji (planowaniu rodziny),
 - chorobach genetycznych (dziedzicznych) i badaniach w ich kierunku,
 - HIV/AIDS,
 - chorobach psychicznych,
 - chorobach przenoszonych drogą płciową.
- 3. Skąd pochodzą informacje o stanie Twojego zdrowia.** Informacje o stanie Twojego zdrowia pochodzą od podmiotów, które zapewniły Ci opiekę lekarską lub ubezpieczenie zdrowotne. Podmiotami takimi mogą być szpitale, lekarze, apteki, laboratoria kliniczne, ubezpieczyciele zdrowotni, program Medicaid oraz inne organizacje, które wymieniają informacje o stanie zdrowia w formie elektronicznej. Kompletna, aktualna lista jest dostępna w witrynie internetowej NY Care Information Gateway: www.NYCIG.org.
- 4. Kto może uzyskać dostęp do informacji na Twój temat, jeżeli wyrazisz na to zgodę.** Wyłącznie lekarze i pozostały personel tych organizacji, którym udzielasz zgody na dostęp do informacji, którzy podejmują czynności dozwolone na mocy niniejszego formularza, zgodnie z opisem w punkcie 1.
- 5. Udostępnianie informacji instytucjom zdrowia publicznego i organizacjom pozyskującym organy do przeszczepu.** Federalne, stanowe lub lokalne instytucje zdrowia publicznego oraz pewne organizacje pozyskujące organy do przeszczepu są na mocy przepisów prawa upoważnione do uzyskania dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta bez jego zgody w określonych celach związanych z opieką zdrowotną i przeszczepem narządów. Podmioty te mogą mieć w takich celach dostęp do informacji za pośrednictwem NYCIG bez względu na to, czy wyrazisz na to zgodę, odmówisz zgody czy też nie wypełnisz formularza zgody.
- 6. Kary za niewłaściwe uzyskanie dostępu do informacji o stanie zdrowia lub ich wykorzystanie.** Za niewłaściwe uzyskanie dostępu do elektronicznych informacji o stanie zdrowia lub ich wykorzystanie są przewidziane kary. W przypadku wszelkich podejrzeń dotyczących uzyskania dostępu do informacji o Twoim stanie zdrowia przez osobę nieupoważnioną należy skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem _____, odwiedzić witrynę internetową NYCIG pod adresem www.NYCIG.org, skontaktować się telefonicznie z Departamentem Zdrowia Stanu Nowy Jork (NYS Department of Health) pod numerem 518 474 4987 lub skorzystać z procedury składania skargi w federalnym Biurze Praw Obywatelskich (Office for Civil Rights) pod adresem <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Dalsze ujawnianie informacji.** Organizacje, którym udzielasz zgody na dostęp do informacji o swoim stanie zdrowia, mogą ujawnić takie informacje innym podmiotom, ale wyłącznie w zakresie dozwolonym przez obowiązujące przepisy prawa stanowego i federalnego. Dostęp do informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków lub poufnych informacji dotyczących zakażenia wirusem HIV może być udzielany, a informacje takie mogą być ujawniane innym podmiotom wyłącznie w przypadku, gdy dołączone są do nich wymagane oświadczenia dotyczące zakazu dalszego ujawniania.
- 8. Okres ważności.** Niniejszy Formularz zgody zachowuje ważność **WYŁĄCZNIE** w okresie leczenia zapewnianego we wskazanym „Okresie świadczenia usługi”.
- 10. Kopia formularza.** Przysługuje Ci prawo do uzyskania egzemplarza niniejszego Formularza zgody.