

**Разовое разрешение на доступ к медицинской информации несовершеннолетнего пациента через Организацию по обмену медицинской информацией**

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер пациента
Адрес пациента		
Организация поставщика медицинских услуг		
Дата предоставления услуги		

Прошу предоставить доступ к медицинской информации о моем лечении и уходе в порядке, указанном в данной форме. Я могу выбирать, предоставлять или нет указанной выше «Организации поставщика медицинских услуг» доступ к моей медицинской информации через организацию по обмену медицинской информацией, которая называется Interboro Regional Healthcare Information Organization и осуществляет свою деятельность под названием NY Care Information Gateway (NYCIG). Если я даю согласие, то доступ к моей медицинской информации из различных учреждений, куда я обращаюсь за медицинской помощью, может быть получен только один раз, чтобы мой лечащий врач смог оказать мне более качественную медицинскую помощь.

**Выбор, указанный в данной форме, НЕ дает моему поставщику медицинских услуг права на постоянный доступ к моей медицинской информации. Доступ предоставляется ТОЛЬКО ОДИН РАЗ.**

<b>Выбор варианта решения.</b> Отметка поставлена в ОДНОМ квадратике слева от выбранного мной варианта.
<input type="checkbox"/> <b>1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ</b> на предоставление «Организации поставщика медицинских услуг» разового доступа ко ВСЕЙ моей медицинской информации в электронном виде через систему NYCIG для оказания мне медицинских услуг.
<input type="checkbox"/> <b>2. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ</b> на предоставление «Организации поставщика медицинских услуг» доступа к моей медицинской информации в электронном виде через систему NYCIG в каких бы то ни было целях.

Я получил (получила) ответы на свои вопросы по поводу данной формы; мне был предоставлен экземпляр этой формы.

Подпись пациента	Дата
Имя и фамилия пациента печатными буквами	

## **Подробно о получении доступа к информации через систему NY Care Information Gateway (NYCIG) и процессе предоставления согласия**

- 1. Как может быть использована ваша информация.** Ваша медицинская информация в электронном виде будет использована **только** для оказания следующих медицинских услуг:
  - **Лечение в рамках услуг, на оказание которых было получено согласие несовершеннолетнего.**  
Предоставление вам лечения и сопутствующих услуг.
- 2. Какая информация подлежит раскрытию.** Если вы даете согласие, то указанная «Организация поставщика медицинских услуг» может получить **ТОЛЬКО РАЗОВЫЙ** доступ ко **ВСЕЙ** вашей электронной медицинской информации через систему NYCIG. Такая информация включает данные, созданные до и после даты подписания настоящей формы согласия. Ваша медицинская информация может включать в себя информацию об историю болезни или о полученных вами травмах (например, о сахарном диабете или переломе); результаты обследований (например, рентгена или анализов крови); и перечень препаратов, которые вы принимали и принимаете. Данная информация может содержать сведения о медицинских проблемах деликатного характера, в том числе:
  - о злоупотреблении алкоголем или наркотиками;
  - о методах контрацепции и абортах (планировании семьи);
  - о генетических (наследственных) заболеваниях или анализах;
  - о ВИЧ/СПИД;
  - о психических расстройствах;
  - о заболеваниях, передающихся половым путем.
- 3. Откуда поступает ваша 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 на веб-сайте системы NY Care Information Gateway: [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org).
- 4. Кто получит доступ к вашей информации, если вы дадите согласие.** Только врачи и другой 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 систему NYCIG 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 неправомерный доступ или ненадлежащее использование вашей информации.** За неправомерный доступ к вашей медицинской информации и ее использование не по назначению предусмотрены штрафные санкции. Если у вас есть основания полагать, что кто-то, кто не должен видеть или получать доступ к вашей медицинской информации, сделал это, позвоните поставщику медицинских услуг по телефону \_\_\_\_\_; обратитесь на веб-сайт **[www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org)**; позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-474-4987; или подайте жалобу в федеральное Управление по гражданским правам, перейдя по ссылке <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 **ТОЛЬКО** в течение периода лечения, проводящегося в соответствии с указанной датой предоставления услуги.
- 10. Экземпляр формы.** Вы имеете право получить экземпляр данной формы согласия.