

患者姓名	出生日期	患者身份識別號碼
患者地址		
醫療保健提供者組織		
服務日期		

我同意按此同意書所述查閱與我的護理和治療相關的健康資訊。我可以選擇是否允許上述「醫療保健提供者組織」透過名為 **Interboro Regional Healthcare Information Organization d/b/a NY Care Information Gateway (NYCIG)**，**Interboro 地區醫療保健資訊組織紐約醫療資訊網** 的健康資訊共享組織查閱我的醫療記錄。如果我同意，相關人員就可查閱我在不同地點就醫的醫療記錄（僅限單次查閱），以方便我的主治醫師更好地安排我的護理。

我在此同意書中作出的選擇並不允許醫療保健提供者持續查閱我的健康資訊。這是僅限單次查閱的許可。

<p>我的同意書選項。 請勾選您的選項左側的方塊。</p>
<p><input type="checkbox"/> 1.我同意「醫療保健提供者組織」透過 NYCIG 查閱我的所有電子健康資訊（<u>僅限單次查閱</u>），為我提供健康護理。</p>
<p><input type="checkbox"/> 2.我拒絕同意「醫療保健提供者組織」出於任何目的透過 NYCIG 查閱我的電子健康資訊。</p>

我關於此同意書的問題均已獲得解答，並且獲得了一份同意書副本。

患者簽名	日期
正楷姓名	

透過紐約醫療資訊網 (NYCIG) 查閱資訊和同意流程的詳情：

1. **如何使用您的資訊。** 您的電子健康資訊將**僅**用於以下健康護理服務：
 - **未成年人認可服務的治療。** 為您提供醫療及相關服務。
2. **您的哪些資訊在披露範圍之內。** 如果您同意，所列示的醫療保健提供者組織和/或保健計劃將有一次權限，透過 NYCIG 取得您的所有可用電子健康資訊。這包括在簽署此同意書日期之前和之後建立的資訊。您的健康記錄可能包含您的疾病史或受傷史（例如糖尿病或骨折）、檢測結果（例如 X 光檢查或血液化驗）以及您所使用的藥物清單。此類資訊可能包含敏感的健康狀況，包括但不限於：
 - 酗酒或濫用藥物問題
 - 節育和流產（家庭計劃）
 - 遺傳性（先天性）疾病或檢測
 - HIV/愛滋病
 - 精神健康問題
 - 性傳播疾病
3. **您的健康資訊來自何處。** 您的資訊來自所有曾為您提供醫療護理或健康保險的機構。這些機構包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司，Medicaid 計劃以及透過電子方式共享健康資訊的其他組織。紐約醫療資訊網提供有完整的最新清單，網址：www.NYCIG.org。
4. **同意披露之後，誰可以查閱您的資訊。** 只有您同意的組織的醫師和其他工作人員方可查閱，即按上文第一段所述執行此同意書允許之活動的醫師和其他工作人員。
5. **公共衛生和器官勸募組織查閱。** 法律授權聯邦、州或當地的公共衛生部門和某些器官勸募組織可出於特定公眾健康和器官移植目的查閱個人健康資訊，而無需獲得患者的同意。這些實體可能會出於此類目的透過 NYCIG 查閱您的資訊，無論您同意或填寫同意書與否。
6. **用不正當方式查閱或使用資訊的處罰。** 用不正當方式查閱或使用您的電子醫療資訊者將受到處罰。如果在任何時候您懷疑無權查閱您的健康資訊的人員查看或獲取了您的資訊，請聯絡醫療保健提供者組織，電話：_____；或瀏覽 NYCIG 的網站：www.NYCIG.org 或致電 518-474-4987 聯絡紐約州衛生廳；或按照聯邦民權辦公室的投訴流程透過以下連結提出投訴：<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>。
7. **資訊的再次披露。** 您已同意有權查閱您健康資訊的任何組織可能會再次披露您的健康資訊，但必須在州和聯邦法律及法規允許的範圍內。與酗酒/濫用藥物治療有關的資訊或與愛滋病毒有關的保密資訊僅供查閱，如需再次披露，必須按要求提供關於禁止再次披露的聲明。
8. **生效日期。** 本同意書僅在所列「服務日期」獲得之治療的期限內有效。
10. **同意書副本。** 您有權索取此同意書的副本。