



Разрешение на доступ к информации о пациенте/участнике через организацию по обмену медицинской информацией

Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк

Имя и фамилия пациента/участника	Дата рождения	Идентификационный номер пациента/участника
Адрес пациента/участника		

Я прошу, чтобы доступ к медицинской информации об оказываемой мне помощи и моем лечении осуществлялся в порядке, указанном в настоящей форме. Я могу по своему выбору разрешать или не разрешать поставщикам медицинских услуг и планам медицинского страхования, сотрудничающим с Нью-Йоркской службой патронажных медсестер (Visiting Nurse Service of New York), получать доступ к моей медицинской документации через организации по обмену медицинской информацией Bronx RHIO, Healthix и NYCIG. Поставщики медицинских услуг, такие как Служба патронажных медсестер при Нью-Йоркском агентстве по уходу на дому (Visiting Nurse Service of New York Home Care), Служба хосписов и паллиативного лечения VNSNY (VNSNY Hospice and Palliative Care), службы Partners in Care и VNSNY CHOICE, а также планы медицинского страхования в рамках VNSNY CHOICE в настоящей форме совместно именуется «VNSNY». Если я дам соответствующее согласие, моя медицинская информация из различных учреждений, где я получаю медицинские услуги, станет доступной через компьютерную сеть, охватывающую весь штат. Bronx RHIO, Healthix и NYCIG — это некоммерческие организации, осуществляющие электронный обмен информацией о состоянии здоровья граждан и соблюдающие стандарты конфиденциальности и безопасности, установленные HIPAA и законодательством штата Нью-Йорк. Более подробную информацию об этих организациях можно найти на их веб-сайтах:

- BronxRHIO.org
- Healthix.org
- NYCIG.org

Решение, которое я принимаю, заполняя настоящую форму, НЕ повлияет на возможность получения мной медицинской помощи. Решение, которое я принимаю, заполняя настоящую форму, НЕ позволит страховым компаниям получать доступ к моей информации в целях принятия решения о покрытии моих медицинских расходов или об оплате счетов, выставленных за оказанные мне медицинские услуги.

Мое решение о согласии. Слева ниже отмечен ОДИН пункт, соответствующий принятому мной решению. Я могу заполнить эту форму сейчас или позже. Я также могу изменить свое решение в любое время, заполнив новую форму.
<input type="checkbox"/> 1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы Нью-Йоркская служба патронажных медсестер имела доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через Bronx RHIO, Healthix и NYCIG в целях оказания медицинских услуг.
<input type="checkbox"/> 2. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ на то, чтобы Нью-Йоркская служба патронажных медсестер имела доступ к моей электронной медицинской информации через Bronx RHIO, Healthix и NYCIG в каких-либо целях.

Если я хочу отказать в согласии на то, чтобы все поставщики медицинских услуг и планы медицинского страхования, являющиеся участниками Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG, имели доступ к моей медицинской информации в электронном виде через Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG, я могу сделать это через их веб-сайты или по следующим телефонам:

- BronxRHIO.org (718) 708-6630
- Healthix.org (877) 695-4749
- NYCIG.org (631) 250-9191

Я получил(а) ответы на вопросы, касающиеся настоящей формы, и мне был выдан ее экземпляр.

Подпись пациента/участника или законного представителя пациента/участника	Дата
Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (если подписывает форму)	Кем законный представитель приходится пациенту/участнику (если подписывает форму)

Описание информации, доступ к которой предоставляется через Bronx RHIO, Healthix и NYCIG, и разъяснение процедуры согласия.

- 1. Как может быть использована Ваша информация.** Ваша медицинская информация в электронном виде будет использоваться **только** в целях оказания нижеперечисленных медицинских услуг.
 - **Лечение.** Оказание медицинской помощи и сопутствующих услуг.
 - **Проверка страхования.** Проверка наличия у Вас полиса медицинского страхования и объема страхового покрытия.
 - **Мероприятия по управлению медицинским обслуживанием.** К этим мероприятиям относятся: оказание содействия в получении надлежащей медицинской помощи, повышение качества предоставляемых медицинских услуг, координация предоставляемых медицинских услуг и оказание содействия в реализации плана лечения.
 - **Мероприятия, направленные на повышение качества.** Оценка и повышение качества медицинского обслуживания, предоставляемого Вам и другим пациентам.
- 2. Какая информация имеется в виду.** В случае Вашего согласия указанные поставщики медицинских услуг и/или планы медицинского страхования могут получить доступ ко ВСЕЙ Вашей медицинской информации, предоставляемой в электронном виде через Bronx RHIO, Healthix и NYCIG. Сюда включена информация, собранная до и после заполнения настоящей формы. В Вашей медицинской документации может содержаться информация о Ваших заболеваниях и травмах (например, о диабете и переломах), результаты обследований (например, рентгеновские снимки и результаты анализа крови), а также перечни лекарств, которые Вы принимали. Эта информация может касаться, помимо прочего, следующих деликатных вопросов:
 - злоупотребление алкоголем или наркотиками и соответствующие диагнозы;
 - контрацепция и аборт (планирование семьи);
 - генетические (наследственные) заболевания и результаты генетических тестов;
 - ВИЧ/СПИД;
 - психические заболевания;
 - заболевания, передающиеся половым путем;
 - лекарственные препараты и их дозировки;
 - диагностическая информация;
 - аллергические реакции;
 - история употребления психоактивных веществ;
 - клинические записи;
 - выписки из истории болезни;
 - информация о трудоустройстве;
 - жилищные условия;
 - социальная помощь;
 - данные о страховых выплатах;
 - лабораторные исследования;
 - история полученных травм;
 - история обращений за страховыми выплатами.
- 3. Откуда поступает Ваша медицинская информация.** Информация о Вас поступает из учреждений, предоставлявших Вам медицинскую помощь или медицинское страхование. Это могут быть больницы, врачебные кабинеты, аптеки, клинические лаборатории, страховые медицинские компании, программа Medicaid и другие организации, осуществляющие обмен медицинской информацией в электронном виде. Их полный перечень с последними изменениями можно получить в Bronx RHIO, Healthix и NYCIG. Для этого Вы можете в любое время посетить веб-сайты данных организаций или связаться с ними по телефону.
 - BronxRHIO.org (718) 708-6630
 - Healthix.org (877) 695-4749
 - NYCIG.org (631) 250-9191
- 4. Кто сможет получить доступ к информации в случае Вашего согласия.** Только врачи и другие штатные работники организаций, на которые распространяется данное Вами разрешение, осуществляющие деятельность, указанную в разделе 1 настоящей формы.
- 5. Доступ для государственных организаций здравоохранения и трансплантации.** Государственные организации здравоохранения федерального уровня, уровня штата и местного уровня, а также некоторые организации в сфере трансплантации имеют законное право доступа к медицинской информации без согласия пациента в определенных целях, связанных с охраной здоровья населения и трансплантацией органов. Эти организации могут получить доступ к Вашей информации через Bronx RHIO, Healthix и NYCIG в указанных целях независимо от того, давали ли Вы согласие и заполняли ли настоящую форму.
- 6. Ответственность за неправомерный доступ или использование Вашей информации.** Неправомерный доступ или использование Вашей медицинской информации в электронном виде влекут за собой ответственность. Если Вы подозреваете, что кто-либо неправомерно осуществил доступ к Вашей медицинской информации, позвоните в Нью-Йоркскую службу патронажных сестер по номеру (212) 290-4773, посетите указанные выше веб-сайты Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG, позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS Department of Health) по номеру (518) 474-5423 или подайте жалобу в Федеральное управление по гражданским правам (Office for Civil Rights), пройдя по следующей ссылке: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>
- 7. Повторное раскрытие информации.** Любые организации, которым Вы дали согласие на доступ к своей медицинской информации, могут в дальнейшем раскрывать ее другим лицам, но только в пределах, установленных федеральными законами и нормативными актами, а также законами и нормативными актами штата. Информация о лечении алкогольной/наркотической зависимости или конфиденциальная информация о ВИЧ-инфекции могут быть повторно раскрыты только в том случае, если раскрытие сопровождается соответствующими гарантиями запрета на последующее раскрытие.
- 8. Срок действия.** Настоящая форма согласия действует до тех пор, пока Вы не измените свое решение о согласии, или до тех пор, пока Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG не прекратят свою деятельность (**или в течение 50 лет после Вашей смерти — в зависимости от того, что произойдет раньше**). Если Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG объединятся с другой компетентной организацией, Ваше решение о согласии останется в силе для вновь образованной организации.
- 9. Как изменить свое решение о согласии.** Вы можете изменить свое решение согласия в любое время и в отношении любого поставщика медицинских услуг или плана медицинского страхования. Для этого Вам необходимо представить новую заполненную форму согласия со своим новым решением. Организации, имеющие доступ к Вашей медицинской информации через Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG в течение срока действия Вашего согласия, могут копировать или вносить Вашу информацию в собственные архивы медицинской документации. Даже если Вы впоследствии решите отменить свое согласие, они не будут обязаны возвращать эту информацию или удалять ее из своих архивов.
- 10. Копия формы.** Вы имеете право получить экземпляр настоящей формы согласия.