



Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк

Разрешение на доступ к информации пациента/участника через Организацию по обмену медицинской информацией

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

Прошу предоставлять доступ к медицинской информации об оказываемых мне помощи и лечении в порядке, предусмотренном в настоящей форме. Я могу по своему усмотрению разрешать или не разрешать поставщикам медицинских услуг Нью-йоркской службы патронажных медсестер (Visiting Nurse Service of New York) и планам медицинского страхования получать доступ к моей медицинской документации через организации по обмену медицинской информацией Bronx RHIO, Healthix и NYCIG. Такие поставщики медицинских услуг, как Нью-йоркская служба патронажных медсестер агентства по уходу на дому (Visiting Nurse Service of New York Home Care), Служба паллиативного лечения и хоспис VNSNY (VNSNY Hospice and Palliative Care), Partners in Care и VNSNY CHOICE, а также планы медицинского страхования в рамках VNSNY CHOICE в настоящей форме совместно именуется VNSNY. Если я предоставляю согласие, моя медицинская информация из различных учреждений, оказывающих мне медицинские услуги, станет доступной через действующую по всему штату компьютерную сеть. Bronx RHIO, Healthix и NYCIG — это некоммерческие организации, осуществляющие обмен электронной информацией о состоянии здоровья граждан и соблюдающие стандарты конфиденциальности и безопасности, установленные Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и законодательством штата Нью-Йорк. Более подробную информацию об этих организациях можно найти на их веб-сайтах:

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

Принимаемое мной решение при заполнении настоящей формы НЕ повлияет на возможность получения мной медицинской помощи. Принимаемое мной решение при заполнении настоящей формы НЕ позволит страховым компаниям получать доступ к моей информации в целях принятия решения о предоставлении мне медицинского страхования или о покрытии расходов за медицинские услуги.

| |
|---|
| <p>Мое решение о согласии. Слева от моего решения отмечен ОДИН пункт. Я могу заполнить эту форму сейчас или позже. Я также могу изменить свое решение в любое время, заполнив новую форму.</p> |
| <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 медицинской помощи. |
| <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 не хочу давать согласия на то, чтобы все организации-поставщики медицинских услуг и планы медицинского страхования, участвующие в Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG, имели доступ к моей электронной медицинской информации через Bronx RHIO, Healthix и/или NYCIG, я могу сделать это через их веб-сайты или по следующим номерам телефонов:

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

Я получил(а) ответ на вопросы, касающиеся настоящей формы, а также получил(а) ее экземпляр.

| | |
|--|---|
| Подпись пациента/участника или законного представителя | Дата |
| Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (в соответствующем случае) | Кем законный представитель приходится пациенту/участнику (в соответствующем случае) |

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

- 1. Как может быть использована ваша информация.** Ваша электронная медицинская информация будет использоваться **только** для оказания следующих медицинских услуг:
 - **Лечение.** Оказание вам медицинской помощи и сопутствующих услуг.
 - **Проверка соответствия критериям страхования.** Проверка наличия у вас полиса медицинского страхования и объема страхового покрытия.
 - **Деятельность по управлению медицинскими услугами.** К этой деятельности относится содействие в получении необходимой медицинской помощи, повышение качества и координация предоставляемых медицинских услуг и поддержка, оказываемая вам в целях реализации плана медицинского обслуживания.
 - **Деятельность, направленная на повышение качества.** Оценка и повышение качества медицинского обслуживания всех пациентов, включая вас.
- 2. Какая информация о вас включена в обмен.** Если вы даете согласие, то поставщик медицинских услуг и/или план медицинского страхования могут получить доступ ко ВСЕЙ вашей электронной медицинской информации через Bronx RHIO, Healthix и NYCIG. Согласие распространяется на информацию, собранную как до, так и после даты заполнения данной формы. В вашей медицинской документации может содержаться информация о заболеваниях или травмах (например, о диабете или переломах), результаты обследований (например, рентгеновские снимки или анализы крови), а также перечни лекарств, которые вы принимали. Эта информация может касаться таких деликатных вопросов, как:
 - алкогольная и наркотическая зависимость, в т. ч. диагностика зависимости;
 - использование средств контрацепции и аборт (планирование семьи);
 - генетические (наследственные) заболевания и результаты генетических тестов;
 - ВИЧ/СПИД;
 - психические заболевания;
 - заболевания, передающиеся половым путем.
 - принимаемые лекарства и их дозировки;
 - диагностическая информация;
 - аллергические заболевания;
 - сводная история употребления психоактивных веществ;
 - клинические заметки;
 - выписные эпикризы;
 - информация о трудоустройстве;
 - домашняя обстановка;
 - меры социальной поддержки;
 - данные обращений за страховой выплатой;
 - лабораторные исследования;
 - история травм;
 - история обращений за страховой выплатой в рамках медицинского страхования;
- 3. Откуда поступает информация о состоянии вашего здоровья.** Информация поступает от поставщиков, предоставивших вам медицинскую помощь или медицинское страхование. Это могут быть больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховые медицинские компании, программа Medicaid и другие организации, осуществляющие обмен электронной медицинской информацией. Их актуальный и полный перечень можно получить в Bronx RHIO, Healthix и NYCIG. Вы можете в любое время получить обновленный перечень на сайтах 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 получит доступ к информации, если вы дадите согласие.** Только осуществляющие указанные в настоящей форме (см. п. 1) виды деятельности врачи и другие штатные сотрудники организаций, на которые распространяется данное вами согласие.
- 5. Доступ со стороны государственных организаций здравоохранения и организаций трансплантационной координации.** Государственные организации здравоохранения федерального уровня, уровня штата и местного уровня, а также некоторые организации в сфере трансплантационной координации по закону имеют право доступа к медицинской информации без согласия пациента в определенных целях, связанных с здравоохранением 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. Санкции за неправомерный доступ к вашей информации или ее использование.** За неправомерный доступ или использование вашей электронной медицинской информации предусмотрены санкции. Если вы подозреваете, что кто-либо неправомерно осуществил доступ к вашей медицинской информации, позвоните в Нью-Йоркскую службу патронажных медсестер агентства по уходу на дому по номеру (212) 290-4773; посетите указанные выше 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 разрешили доступ к медицинской информации, могут в дальнейшем раскрывать ее другим лицам, но только в предусмотренных федеральными законами и нормативными актами пределах. Информация о лечении алкогольной/наркотической зависимости или конфиденциальная информация о ВИЧ-инфекции могут быть раскрыты в дальнейшем другим лицам 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 аттестованной организацией, для вновь образованной организации ваше решение о согласии останется в силе.

- 9. Изменение решения о согласии.** Вы можете изменить решение о согласии в любое время и в отношении любого поставщика медицинских услуг или плана медицинского страхования; для этого необходимо представить новую заполненную форму согласия с вашим 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 медицинские документы. Даже если вы впоследствии решите отменить согласие, они не обязаны возвращать эту информацию или удалять ее из своих документов.
- 10. Копия формы.** Вы имеете право на получение экземпляра настоящей Формы согласия.