

Formularz Zgody Interboro RHIO

NAZWA I/LUB OGÓLNE WYZNACZENIE ŚWIADCZENIODAWCÓW MEDYCZNYCH UPOWAŻNIONYCH DO UJAWNIAJANIA PANA(-I) INFORMACJI ZDROWOTNYCH ZA POŚREDNICTWEM INTERBORO RHIO Formularz upoważnia do ogólnego wyznaczenia świadczeniodawców medycznych opisanych w części 3 na odwrocie tego formularza oraz świadczeniodawców wymienionych w załączonym dokumencie zatytułowanym „Źródła informacji” (łącznie nazywani „ŚWIADCZENIODAWCAMI UJAWNIAJĄCYMI”), którzy będą mogli ujawniać moje informacje zdrowotne za pośrednictwem Interboro RHIO. Lista źródeł informacji może okresowo ulegać zmianom; oprócz wymienienia aktualnych świadczeniodawców ujawniających, lista podaje również instrukcje dotyczące sposobu uzyskania zaktualizowanej listy świadczeniodawców ujawniających.	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ADRES DATA URODZENIA/NR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
NAZWA/ADRES ŚWIADCZENIODAWCY(-ÓW) UPOWAŻNIONEGO DO OTRZYMYWANIA PANA(-I) INFORMACJI ZDROWOTNYCH ZA POŚREDNICTWEM INTERBORO RHIO (ŚWIADCZENIODAWCA OTRZYMUJĄCY INFORMACJE)	

CEL FORMULARZA ZGODY Formularz ten pozwala Panu(-i) zdecydować, czy świadczeniodawcy ujawniający informacje mogą ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne za pośrednictwem Interboro Regional Health Information Organization (“Interboro RHIO”) w sposób opisany w niniejszym formularzu. Interboro RHIO jest systemem wymiany informacji zdrowotnych (HIE) typu not-for-profit. HIE pomagają w elektronicznej wymianie informacji zdrowotnych pomiędzy świadczeniodawcami medycznymi (“HP”), którzy mają wspólnych pacjentów. Świadczeniodawcy medyczni korzystają z Interboro RHIO, aby udostępnić informacje zdrowotne dotyczące swoich pacjentów innym świadczeniodawcom, którzy leczą tych samych pacjentów. Świadczeniodawcy medyczni korzystają również z Interboro RHIO w celu uzyskania dostępu do informacji zdrowotnych od innych świadczeniodawców medycznych oraz do źródeł informacji zdrowotnych, z którymi mają wspólnych pacjentów. Korzystanie z systemu Interboro RHIO w celu ujawniania i uzyskania dostępu do Pana(i) informacji zdrowotnych ułatwia świadczeniodawcom zapewnienie Państwu bezpiecznej i skutecznej opieki. Wymianę informacji tego rodzaju nazywa się technologią informacji zdrowotnych lub e-zdrowiem. Więcej informacji na temat e-zdrowia w stanie Nowy Jork można znaleźć w broszurze „Lepsze informacje oznaczają lepszą opiekę”. Broszurę tę można uzyskać od świadczeniodawcy medycznego lub wchodząc na stronę internetową www.ehealth4ny.org, gdzie jest dostępna.

OPIS OPCJI ZGODY. Poniżej przedstawiono dwie opcje wyrażenia zgody. Jeśli wybierze Pan(i) opcję „**WYRAŻAM ZGODĘ**”, stwierdza Pan(i) „**TAK, chcę, aby świadczeniodawca(-y) ujawniający ujawnił elektronicznie wszystkie moje informacje zdrowotne wymienionemu powyżej świadczeniodawcy otrzymującemu informacje, za pośrednictwem Interboro RHIO, jak określono w niniejszym formularzu.** Jeśli wybierze Pan(i) opcję „**ODMAWIAM ZGODY**”, stwierdza Pan(i) „**NIE, nie chcę, aby świadczeniodawca(-y) ujawniający ujawnił elektronicznie moje informacje zdrowotne wymienionemu powyżej świadczeniodawcy otrzymującemu informacje, za pośrednictwem Interboro RHIO, jak określono w niniejszym formularzu, nawet w nagłej sytuacji medycznej.** Wydanie zgody jest całkowicie dobrowolne. Fakt wyrażenia zgody lub odmowa wyrażenia zgody zawarte w niniejszym formularzu nie wpłyną na Pana(i) dostęp do opieki zdrowotnej i leczenia. Formularz można wypełnić teraz lub w późniejszym terminie. Proszę uważnie przeczytać przednią i tylną stronę formularza, łącznie z załącznikami i zastanowić się nad dostępnymi opcjami. Proszę pamiętać! Jeśli zdecyduje się Pan(i) wypełnić formularz, ma Pan(i) tylko dwie opcje.

OPCJE ZGODY (proszę wybrać tylko jedną).

- WYRAŻAM ZGODĘ, aby świadczeniodawcy ujawniający ujawnili elektronicznie świadczeniodawcy otrzymującemu WSZYSTKIE moje informacje zdrowotne** za pośrednictwem Interboro RHIO, w związku z zapewnieniem mi usług opieki zdrowotnej, **W TYM POMOCY W NAGŁYM PRZYPADKU.** Proszę pamiętać! Niniejsza zgoda nie gwarantuje, że świadczeniodawcy otrzymujący informacje otrzymają za pośrednictwem systemu Interboro RHIO Pana(-i) wszystkie informacje.
- NIE WYRAŻAM ZGODY, aby świadczeniodawcy ujawniający ujawnili elektronicznie świadczeniodawcy otrzymującemu informacje JAKIEKOLWIEK** moje informacje zdrowotne za pośrednictwem Interboro RHIO, w dowolnym celu, **NAWET W NAGLEJ SYTUACJI MEDYCZNEJ.** Proszę pamiętać! JEŚLI NIE ZAZNACZY PAN(I) TEGO POLA, prawo stanu Nowy Jork pozwala, aby w nagłej sytuacji medycznej, osoby leczące Pana(-ią) mogły uzyskać dostęp do Pana(-i) dokumentacji medycznej, w tym do dokumentacji dostępnej za pośrednictwem systemu Interboro RHIO.

WYCOFANIE ZGODY. Jeśli w niniejszym formularzu wyrazi Pan(i) zgodę, a później zdecyduje się ją wycofać, będzie to możliwe w każdej chwili. Są dwa sposoby wycofania zgody. Po pierwsze, można podpisać **Formularz Wycofania Zgody** i zwrócić go do Interboro RHIO. Po drugie, można również zmienić opcje zgody wypełniając i podpisując w dowolnej chwili nowy **Formularz Zgody RHIO.** Formularze te można uzyskać na stronie internetowej Interboro RHIO pod adresem www.interbororhio.org lub dzwoniąc pod numer 718-334-5844. Proszę **pamiętać:** w zakresie dozwolonym w tym formularzu i właściwym prawem stanowym i federalnym, świadczeniodawcy medyczni i inne źródła informacji mogą w czasie obowiązywania niniejszej zgody ujawniać, uzyskiwać dostęp, kopiować i/lub włączać Pana(-i) informacje zdrowotne do swojej własnej dokumentacji medycznej. Nawet jeśli w późniejszym okresie zdecyduje się Pan(i) wycofać zgodę, świadczeniodawca medyczny nie jest zobowiązany do usunięcia Pana(-i) informacji ze swojej dokumentacji.

OKRES OBOWIĄZYWANIA ZGODY. O ile wcześniej nie wycofa Pan(i) zgody, wygaśnie ona dziesięć (10) lat po dacie złożenia poniżej podpisu lub w chwili gdy system Interboro RHIO przestanie funkcjonować, lub sześć (6) miesięcy po Pana(i) zgonie, w zależności od tego co nastąpi wcześniej.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta

Data

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego drukowanymi literami (jeśli to właściwe)

Stopień powiązania przedstawiciela prawnego z pacjentem (jeśli to właściwe)

ZGODA: CO ONA OZNACZA. Należy koniecznie zapoznać się z informacjami zawartymi w tej części, ponieważ wyjaśniają one znaczenie dostępnych opcji, informują o tym kto może, a komu nie wolno zapoznać się z Pana(-i) informacjami zdrowotnymi oraz jakie informacje zgadza się Pan(i) ujawnić.

1. Cel udostępnienia i uzyskania dostępu do informacji zdrowotnych. Jeżeli prawo stanowe i federalne nie przewidują inaczej, Pana(i) elektroniczne informacje zdrowotne będą ujawniane i otrzymywane tylko w poniższych celach:

- aby zapewnić Panu(-i) leczenie i powiązane usługi
- aby sprawdzić, czy posiada Pan(i) ubezpieczenie i jaki jest jego zakres, w sytuacji gdy zamierza Pan(i) korzystać z ubezpieczenia do opłacenia opieki zdrowotnej.

(Proszę pamiętać! Wybór jakiego dokona Pan(i) w niniejszym Formularzu Zgody NIE pozwala ubezpieczycielom zdrowotnym na uzyskanie dostępu do Pana(-i) informacji w celu podjęcia decyzji o zapewnieniu Panu(-i) ubezpieczenia zdrowotnego lub opłaceniu Pana(-i) rachunków. Może Pan(i) zdecydować o tym w oddzielnym Formularzu Zgody, z którego muszą korzystać ubezpieczyciele zdrowotni).

2. Jakie informacje na Pana(-i) temat są dostępne Jeśli wyrazi Pan(i) zgodę, świadczeniodawcy ujawniający będą mogli ujawniać świadczeniodawcom otrzymującym WSZYSTKIE Pana(-i) dostępne elektronicznie informacje zdrowotne, za pośrednictwem Interboro RHIO, jak określono w niniejszym formularzu. Obejmuje to informacje utworzone przed i po dacie podpisania niniejszego Formularza Zgody. Pana(-i) informacje zdrowotne mogą obejmować: dokumentację medyczną i inne powiązane informacje medyczne, takie jak historia choroby lub doznanych urazów (na przykład cukrzyca lub złamana kość), wyniki badań (np. badania rtg lub krwi) oraz wykazy przyjmowanych leków; informacje uzyskane od innych świadczeniodawców; osobiste i prywatne informacje, które mogą być wykorzystywane do Pana(i) identyfikacji; informacje o Panu(i) i Pana(i) rodzinie; oraz informacje finansowe/dotyczące rachunków. Proszę pamiętać, że Pana(-i) informacje zdrowotne mogą dotyczyć wrażliwych schorzeń zdrowotnych, w tym między innymi: **ANTYKONCEPCJI I ABORCJI** (planowanie rodziny); **CHORÓB GENETYCZNYCH** (dziedzicznych) lub badań genetycznych w tym **INFORMACJI O BADANIACH UWARUNKOWAŃ GENETYCZNYCH; HIV/AIDS; CHORÓB PSYCHICZNYCH; OPÓŹNIENIA UMYSŁOWEGO I ZABURZEŃ ROZWOJOWYCH;** oraz **NADUŻYWANIA SUBSTANCJI ODURZAJĄCYCH** (problemy z nadużywaniem narkotyków i alkoholu); **CHORÓB ZAKAŹNYCH** w tym **CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ I CHORÓB WENERYCZNYCH; ORAZ NOWOTWORU**

3. Skąd pochodzą informacje zdrowotne na temat pacjenta. Informacje na Pana(-i) temat pochodzą ze wszystkich placówek, które świadczyły lub będą świadczyły Panu(i) opiekę medyczną (lub powiązane usługi) lub ubezpieczenie zdrowotne („Źródła informacji”) i są stowarzyszonymi świadczeniodawcami systemu Interboro RHIO. Stowarzyszeni świadczeniodawcy obejmują świadczeniodawców medycznych uczestniczących w systemie Interboro RHIO oraz świadczeniodawców uczestniczących w innych HIE, którzy zawarli umowę z Interboro RHIO o współpracy w elektronicznej wymianie informacji zdrowotnych. Świadczeniodawcy medyczni to między innymi szpitale; przychodnie; ośrodki diagnostyczno-lecznicze; lekarze; stomatolodzy; podiatrzy; ubezpieczyciele zdrowotni, farmaceuci; laboratoria kliniczne; domy opieki; placówki higieny psychicznej, w tym wspomagane federalnie programy przeciwdziałające nadużywaniu substancji odurzających; świadczeniodawcy medyczni w więzieniach; świadczeniodawcy medyczni w organizacjach zajmujących się zdrowiem i opieką społeczną oraz środowiskowe organizacje terapeutyczne; agencje zajmujące się opieką w domu oraz program Medicaid. Do niniejszego formularza dołączono listę Źródeł informacji zdrowotnych dostępnych za pośrednictwem systemu Interboro RHIO. Lista może ulec zmianie bez wcześniejszego powiadomienia. Oprócz podania różnych źródeł informacji, lista ta zapewnia również instrukcje dotyczące sposobu uzyskania zaktualizowanej listy Źródeł informacji od swojego świadczeniodawcy i Interboro RHIO.

4. Kto może uzyskać dostęp do informacji na temat pacjenta, jeśli wyrazi on zgodę. Dostęp do informacji na Pana(-i) temat mogą uzyskać tylko wymienione poniżej osoby związane ze świadczeniodawcami otrzymującymi informacje, określonymi przez Pana(-ią) na pierwszej stronie tego formularza: lekarze i inni świadczeniodawcy stanowiący personel medyczny i zaangażowani w opiekę nad Panem(-ią); świadczeniodawcy medyczni zastępujący lub wezwani przez tych lekarzy oraz członkowie personelu, wykonujący działania dozwolone w niniejszym Formularzu Zgody, jako określono powyżej w pierwszym akapicie.

5. Kary za niewłaściwe uzyskanie dostępu lub wykorzystanie informacji zdrowotnych. Za niewłaściwe uzyskanie dostępu lub wykorzystanie elektronicznych informacji zdrowotnych przewidziane są kary. Jeśli uważa Pan(i), że niewłaściwie uzyskano dostęp lub wykorzystano Pana(-i) informacje zdrowotne, proszę wejść na stronę internetową Interboro RHIO: www.interbororhio.org; lub zadzwonić do Departamentu Zdrowia stanu Nowy Jork pod numer 877-690-2211.

6. Dalsze ujawnianie informacji. Ujawnione lub otrzymane informacje zdrowotne mogą być dalej ujawniane przez świadczeniodawcę otrzymującego informacje tylko w zakresie dozwolonym przepisami i regulacjami stanowymi i federalnymi. Dotyczy to również informacji zdrowotnych istniejących w formie papierowej. Niektóre przepisy stanowe i federalne zapewniają specjalną ochronę pewnym rodzajom informacji zdrowotnych, w tym informacjom związanym z: (i) oceną, leczeniem lub badaniem Pana(-i) stanu zdrowia; (ii) HIV/AIDS; (iii) chorobą psychiczną; (iv) opóźnieniem umysłowym lub zaburzeniami rozwojowymi; (v) nadużywaniem substancji odurzających; (vi) badaniem uwarunkowań genetycznych. Tych specjalnych wymagań należy przestrzegać w każdym przypadku otrzymania tego rodzaju informacji zdrowotnych. Wymiana informacji zdrowotnych dozwolona dzięki Pana(i) zgodzie musi spełniać te wymagania.

7. Kopia formularza. Po podpisaniu niniejszego Formularza Zgody ma Pan(i) prawo do otrzymania jego kopii.