

<b>Jina la kwanza la mgonjwa,</b>											
<b>Jina la mwisho la mgonjwa</b>											
<b>Tarehe ya kuzaliwa</b>				<b>Anwani ya Mgonjwa</b>				<b>Jinsi</b>			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Mwezi Siku Mwaka</small>				Barabara _____ Chumba _____ Mji _____ Jimbo Msimbo wa Posta _____				<input type="checkbox"/> Ume <input type="checkbox"/> Mwanamke			

Ninaomba habari za afya kuhusu huduma na tiba yangu zifike kama ilivyoielezwa kwenye fomu hii.

Ninaweza kuchagua kama au kutoruhusu Shirika HEALTHeLINK na Walipaji Washiriki (Washiriki "Washiriki") wanaoshiriki katika huduma yangu kupata upatikanaji wa kumbukumbu zangu za matibabu kupitia shirika la kubadilishana habari la afya lililoitwa HEALTHeLINK.

Ikiwa nitatoa kibali, kumbukumbu zangu za matibabu kutoka mahali tofauti ambapo ninapata huduma za afya zinaweza kupatikana kwa kutumia mtandao wa kompyuta. HEALTHeLINK ni shirika lisilo la faida ambalo linashirikisha habari kuhusu afya za watu kwa umeme na hupatana na viwango vya faragha na usalama wa HIPAA na Sheria ya Jimbo la New York. Ili kujifunza zaidi tembelea tovuti ya HEALTHeLINK kwenye [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com).

Chaguo ninalofanya katika fomu hii HALITA badili uwezo wangu wa kupata matibabu. Chaguo ninalofanya katika fomu hii HALI ruhusu bima ya afya kuwa na upatikanaji wa habari zangu kwa kusudi la kunipa bima ya afya au kulipa bili za matibabu yangu.

<b>C H A G U A  M O J A  T U</b>	<b>Uchaguzi wangu wa Kibali. Sanduku moja tu ni hundiwa upande wa kushoto wa uchaguzi wangu. Ninaweza kujaza fomu hii sasa au baadaye. Naweza pia kubadilisha uamuzi wangu wakati wowote kwa kukamilisha fomu mpya .</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>1. NDIO</b>	<b>NINATOA KIBALI</b> kwa Washiriki wote wa sasa na wa baadaye, ambao wanahushishwa katika huduma yangu, kupata taarifa zote za afya yangu za umeme kupitia HEALTHeLINK.
	<input type="checkbox"/> <b>2. NDIO ISIPOKUWA MSHIRIKA (WA) NAMNA</b>	<b>NINATOA KIBALI</b> Kwa Washiriki wote wa sasa na wa baadaye, ambao wanahusika katika huduma yangu, kupata habari zote zangu za afya za umeme kwa njia ya HEALTHeLINK <b>ISIPOKUWA</b> Mshiriki (wa) walioorodheshwa hapa chini. Jina la Mshirika (Ofisi la Mafanya kazi): _____ Anwani au Numba ya Simu la Mshirika: _____ <table border="1" style="width:100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></table>
	<input type="checkbox"/> <b>3. NDIO, MSHIRIKI (WA) MAALUM PEKEE</b>	<b>NINATOA KIBALI PEKEE</b> Kwa Mshiriki (s) maalum walioorodheshwa hapa chini ili kupata taarifa zote zangu za afya za umeme kupitia HEALTHeLINK . Jina la Mshirika (Ofisi la Mafanya kazi): _____ Anwani au Numba ya Simu la Mshirika: _____ <table border="1" style="width:100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></table>
	<input type="checkbox"/> <b>4. HAPANA, ISIPOKUWA WAKATI WA DHARURA</b>	<b>NINA NYIMA KIBALI ISIPOKUWA WAKAKATI WA DHARURA YA MATIBABU</b> Kwa washiriki wa sasa na wa baadaye wanafika taarifa zangu za afya ya umeme kupitia HEALTHeLINK.
<input type="checkbox"/> <b>5. HAPANA, HATA WAKATI WA DHARURA</b>	<b>NINA NYIMA KIBALI</b> Kwa washiriki wa sasa na wa baadaye kupata habari za afya yangu ya umeme kupitia HEALTHeLINK kwa madhumuni yoyote, hata katika dharura ya matibabu.	

<p>Ninaelewa kuwa habari zangu zinaweza kupatikana katika tukio la dharura, isipokuwa nitakapomaliza fomu hii na kutia alama sanduku la # 5, ambalo linasema kwamba nimenyima kibali hata katika dharura ya matibabu. Ninaelewa kuwa juu la ombi langu, HEALTHeLINK inahitajika kunipa orodha ya maelezo ya afya yangu ya umeme kulingana na fomu hii.</p> <p>Maswali yangu kuhusu fomu hii yamejibuwa na nimepewa nakala ya fomu hii ikiwa nimeomba.</p> <p><b>Sahihi ya Mgonjwa au Mwakilishi wa Kisheria wa Mgonjwa</b></p> <p>X _____</p>	<p><b>Jina la Mwakilishi wa Kisheria wa Mgonjwa (ikiwa inafaa)</b></p> <p>_____</p> <p><b>Uhusiano wa Mwakilishi wa Kisheria kwa Mgonjwa (ikiwa inafaa)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mzazi    <input type="checkbox"/> Healthcare agent/proxy  <input type="checkbox"/> Mlezi    <input type="checkbox"/> Mwingine _____</p>
<p><b>DTarehe ya Sahihi</b></p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>  <small>Mwezi Siku Mwaka</small></p>	

<p><b>Sanduku hili Kujazwa tu na Mtoaji</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Kibali cha Nalaka Kupokewa Na</p>	<p><b>Shahidi*</b></p> <p><small>* Inahitajika ikiwa SI kujaza fomu hii katika ofisi ya Mshiriki</small></p> <p>_____ Sahihi Ya Shahidi</p> <p style="text-align: center;">Andika Jina la Shahidi</p> <p>Uhusiano wa Shahidi kwa Mgonjwa (zamani., mke au mme, mwana, jirani, kadhalika.)</p>
---	---

Maelezo kuhusu habari ya mgonjwa katika HEALTHeLINK na namna ya kibali:

1. **Jinsi Habari zako zinaweza Kutumiwa.** Kwa jambo dogo lisilo la kawaida, ikiwa unatoa kibali, Mshiriki (wa) unayekubalisha anaweza kutumia habari zako za afya za umeme tu kwa huduma zifuatazo za huduma za afya:
  - **Huduma za Matibabu.** Kukupa matibabu na huduma zinazohusiana.
  - **Uthibitishaji wa Uhakikisho wa Bima.** Angalia kama una bima ya afya na nini inashughulikia.
  - **Shughuli za Usimamizi wa Huduma.** Hizi ni pamoja na kukusaidia katika kupata huduma sahihi za matibabu, kuboresha ubora wa huduma zinazotolewa kwako, kuratibu utoaji wa huduma nyingi za afya zinazotolewa kwako, au kukusaidia kufuata mpango wa huduma za matibabu.
  - **Shughuli za kusitawisha ubora.** Tathmini na kuboresha ubora wa huduma za matibabu zinazotolewa kwako na wagonjwa wote.
2. **Ni aina gani ya Habari Kukuhusu Ni Pamoja.** Ukitoa kibali, Washiriki unaowaidhinisha wanaweza kufikia habari zako zote za afya za umeme zinazopatikana kupitia HEALTHeLINK. Hii ni pamoja na habari zilizoundwa kabla na baada ya tarehe ya fomu hii ya kibali. Kumbukumbu zako za afya zinaweza kuwa ni pamoja na historia ya magonjwa au majeruhi uliyokuwa nayo (kama ugonjwa wa kisukari au mfupa uliovunjika), matokeo ya mtihani (kama vile X-rays au vipimo vya damu), na orodha ya madawa uliyochukua. Habari hii inaweza kuhusisha hali mbaya za afya, ikiwa ni pamoja na lakini sio dogo kwa:
  - Matatizo ya matumizi ya pombe au madawa ya kulevya
  - HIV / UKIMWI
  - Zuia mimba na kuavya mimba (upangaji wa uzazi)
  - Magonjwa au majaribio ya kizazi
  - Hali ya afya ya akili
  - Magonjwa ya zinaa

Ikiwa umepata huduma ya pombe au matumizi ya madawa ya kulevya, kumbukumbu zako zinaweza kuhusisha habari zinazohusiana na pombe au matumizi ya dawa za kulevya, dawa na vipimo, mitihani ya maabara, mzi, historia ya matumizi ya kitu, historia ya hatari, kuondoshwa kwa hospitali, utumishi, hali ya maisha na kijamii, Na historia ya madai ya bima ya afya.
3. **Wapi Habari za Afya Yako Zinatoka.** Habari kukuhusu huja kutoka kwenye maeneo ambayo yamekupa huduma ya matibabu au bima ya afya ("Vyanzo vya Habari"). Hizi zinaweza kuwa ni pamoja na hospitali, madaktari, maduka ya dawa, maabara ya kliniki, bima la afya, utaratibu wa Matibabu, na mashirika mengine ya afya ambayo hubadilisha habari za afya kwa njia ya umeme. Orodha kamili ya Vyanzo vya Habari vya sasa zinapatikana kutoka kwa HEALTHeLINK kwenye [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com) au kwa kupiga simu 716- 206-0993 ext. 311.
4. **Ni nani anayeweza kupata habari kukuhusu, ukitoa kibali.** Madaktari tu na wafanyakazi wengine wa Shirika (ma) ambao umewapa ruhusa ya kupata wale wanaofanya shughuli zinazoruhusiwa na fomu hii kama ilivyoelezwa hapo juu katika aya la kwanza. Habari zako pia zinaweza kupatikana bila kibali chako na Mashirika ya Afya ya Umma ikiwa imeruhusiwa na Jimbo na / au Sheria ya Kutangamana. Mambo ya hakika yoyote iliyopokewaa kutoka 42 C.F.R. Sehemu ya 2 iliyochaguliwa (watoa huduma fulani ya pombe au matumizi ya madawa ya kulevya) yanaweza kupatikana tu pale kuna uhusiano wa mtoa huduma. Orodha kamili ya Washiriki inapatikana kutoka HEALTHeLINK kwenye [www.wnyhealthelink.com/PhysiciansandStaff/CurrentParticipants/ParticipatingHEALTHeLINKProviders](http://www.wnyhealthelink.com/PhysiciansandStaff/CurrentParticipants/ParticipatingHEALTHeLINKProviders) au kwa kupiga simu 716-206-0993 ext. 311 ikiwa unataka nakala ambayo itatolewa bila malipo ndani ya siku 5 za biashara ya ombi.
5. **Adhabu kwa Upatikanaji Mbaya au Matumizi ya Habari Yako.** Kuna adhabu kwa upatikanaji usio sahihi au matumizi ya habari zako za afya ya umeme. Ikiwa wakati wowote unashutumu kwamba mtu ambaye hakuwa na sababu ya kuona au kupata upatikanaji wa habari kukuhusu amefanya hivyo, piga simu mojawapo wa Washiriki uliyekubali kufikia kumbukumbu zetu; au tembelea tovuti ya HEALTHeLINK kwenye [www.wnyhealthelink.com](http://www.wnyhealthelink.com); au piga simu HEALTHeLINK katika 716- 206-0993 ext. 311; Au kuwaita Idara ya Afya ya NYS katika 518-474-4987; au kufuata mchakato wa malalamiko wa Ofisi ya shirikisho ya Haki za Kibinafsi katika kiungo kinachofuata: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
6. **Ufafanuzi wa Habari.** Washiriki wowote ambao umetoa kibali cha kupata habari za afya kukuhusu wanaweza kufungua habari zako za afya, lakini kwa kiwango kinachokubaliwa na sheria na kanuni za serikali na shirikisho. Taarifa ya matibabu ya pombe / madawa ya kulevya au maelezo ya siri ya HIV yanaweza kupatikana tu na yanaweza kufichuliwa tu ikiwa inashirikiwa na taarifa zinazohitajika kuhusu kuzuia ufunuo.
7. **Kipindi cha Ufanisi.** Fomu hii ya Ruhusa itabaki kuathiri hadi siku utakapobadilisha uchaguzi wako wa ridhaa au mpaka wakati kama HEALTHeLINK itakoma kazi (**au hadi miaka 50 baada ya kifo chako chochote kinachotokea kwanza**). Ikiwa HEALTHeLINK inashirikiana na Shirika lingine lililostahiki uchaguzi wetu wa idhini utabaki ufanisi na chombo kipa kilichounganishwa.
8. **Kubadili Uchaguzi wako wa Ruhusa.** Unaweza kubadilisha uchaguzi wako wa idhini wakati wowote na kwa Shirika lolote la Mtoaji au Mpango wa Afya kwa kuwasilisha Fomu mpya ya ruhusa kwa uchaguzi wako mpya. Mshiriki (wa) wanaopata habari zako ya afya kupitia HEALTHeLINK wakati idhini yako inafanya kazi inaweza nakala au kuingiza maelezo yako katika rekodi zao za matibabu. Hata kama baadaye utaamua kubadili uamuzi wako wa kibali hawatakiwi kurudisha habari zako au kuziondoa kwenye kumbukumbu zao.