

Пожалуйста, внимательно прочтите перед тем, как принять решение.

Вы можете использовать эту форму для принятия решения разрешать или нет задействованным от HEALTHeLINK провайдерам и плательщикам («Участникам»), которые заботятся о Вашем здоровье, видеть и получать доступ к электронным записям о состоянии Вашего здоровья с целью лечения или/и управления здравоохранением. Эта форма может быть заполнена сейчас или позже. Вы можете дать разрешение или запретить некоторым или всем Участникам. Полный список Участников можно найти на www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants. Если у Вас есть вопросы по поводу заполнения этой формы, обратитесь к www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. Если у Вас нет доступа к интернету и вам нужен список участников или помощь для заполнения этой формы, пожалуйста, позвоните (716) 206-0993 доб.311. **Ваш выбор не повлияет на Вашу возможность получить медицинскую помощь или медицинскую страховку. Ваш выбор дать согласие или нет не может быть основанием для отказа в медицинской помощи.**

В этой Форме Согласия вы можете сделать выбор, давать ли Участникам доступ к Вашей информации о состоянии здоровья посредством компьютерной сети, управляемой HEALTHeLINK, которая является частью компьютерной сети здравоохранения штата. Это поможет собрать медицинские документы, которые находятся в разных местах, где Вы получаете медицинскую помощь и сделать их доступными электронно Участникам, которые предоставляют Вам услуги.

В Ы Б Р А Т Ь Т О Л Ь К О О Д И Н П У Н К Т	<p><input type="checkbox"/> ДА</p> <p><input type="checkbox"/> ДА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p>	<p><input type="checkbox"/> Я ДАЮ СОГЛАСИЕ всем Участникам, кто задействован в моем медицинском обслуживании иметь доступ КО ВСЕЙ электронной информации о моем здоровье посредством HEALTHeLINK. Отмечая этот квадрат, вы согласны, что, «Да, персонал, который заботится обо мне, включая скорую помощь, улучшение качества, управление здравоохранением, и предварительную авторизацию, все Участники могут видеть и получать доступ ко всем моим медицинским записям посредством HEALTHeLINK.»</p> <p><input type="checkbox"/> Я ДАЮ СОГЛАСИЕ всем Участникам, кто вовлечен в мое медицинское обслуживание иметь доступ КО ВСЕЙ электронной информации о моем здоровье посредством HEALTHeLINK, за исключением следующих Участников:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Название или имя Участника</td> <td style="width: 50%;">Адрес и телефон Участника</td> </tr> </table>	Название или имя Участника	Адрес и телефон Участника
	Название или имя Участника	Адрес и телефон Участника		
	<p>Эти участники не имеют доступа к моей электронной медицинской информации посредством HEALTHeLINK, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ неотложной медицинской помощи. Если Вы решили исключить каких-либо участников, Вы должны связаться с HEALTHeLINK по номеру (716)206-0993 доб. 311, чтобы подтвердить свою форму. Если Вы хотите отменить согласие на дополнительных Участников, пожалуйста, укажите их в Форме Отчуждения Участников и приложите ее к этой форме. Вы можете найти форму на www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent. Если Вы приложили Форму Отчуждения Участников, пожалуйста, отметьте здесь. <input type="checkbox"/></p>			
<p><input type="checkbox"/> НЕТ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ, НИКОГДА</p>	<p><input type="checkbox"/> Я ОТМЕНЯЮ СОГЛАСИЕ для всех Участников, кто вовлечен в мое медицинское обслуживание, получать доступ к моей электронной медицинской информации посредством HEALTHeLINK по любой причине, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ неотложной медицинской помощи. Отметив этот пункт, Вы соглашаетесь, "Нет, ни одному из участников не предоставляется доступ к моим медицинским записям через HEALTHeLINK, <i>если это только не неотложная медицинская помощь.</i>"</p> <p><input type="checkbox"/> Я ОТМЕНЯЮ СОГЛАСИЕ для всех Участников, кто вовлечен в мое медицинское обслуживание, получать доступ к моей электронной медицинской информации посредством HEALTHeLINK по любой причине, ВКЛЮЧАЯ неотложную медицинскую помощь</p>			

ПРИМЕЧАНИЕ: За исключением выбора "НЕТ НИКОГДА", законы штата Нью-Йорк позволяют людям, обслуживающих Вас в чрезвычайных ситуациях, иметь доступ к Вашим медицинским записям, включая записи, которые доступны через HEALTHeLINK.

ПАЦИЕНТ/ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">Лицо, принявшее Согласие</p>	
<p>Фамилия пациента</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Имя пациента</p> <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: right; margin: 0;"> <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен </p> <p>День рождения пациента</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Адрес пациента</p> <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 15%; text-align: center;">Штат</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">Индекс</div> </div> <p>Город </p> <p>Подпись пациента или его законного представителя Дата подписи</p> <p>Впишите имя законного представителя пациента (если это применимо)</p> <p>Кем является законный представитель пациенту (если это применимо)</p> <p> <input type="checkbox"/> Родит. <input type="checkbox"/> Агент Здравоохран. <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____ </p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">СВИДЕТЕЛЬ*</p> <p style="font-size: small;">* Если Вы НЕ заполняете эту форму в офисе Участника, Ваш свидетель должен заполнить информацию ниже</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Имя свидетеля</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">Подпись</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Кем является свидетель пациенту (например, жена, сын, сосед, и др.)</p>

HEALTHeLINK - это некоммерческая организация. Она делится информацией о здоровье людей в электронном виде, надежно, с целью улучшения качества медицинского обслуживания. Этот вид обмена информацией называется эЗдоровье или информационная технология здравоохранения (ИТ здоровье). Для получения большей информации о здравоохранении в Западном Нью-Йорке, прочтите брошюру «Чем лучше информация, тем лучше работа». Вы можете ее попросить у члена организации или прочесть на сайте www.ehealth4ny.org

Подробнее о данных пациента в HEALTHeLINK и о процессе согласия:

1. Как будет использоваться Ваша информация.

Ваша информация в электронном виде будет использована Участвующими Провайдерами, которых Вы утвердите **только** для:

- Обеспечения Вам медицинского обслуживания и связанных с ним служб.
- Для проверки наличия у Вас страховки и какое у нее покрытие.
- Изучения и улучшения качества медицинского обслуживания предоставляемого всем пациентам.

Ваша информация в электронном виде будет использована Участвующими Плательщиками, которых Вы утвердите **только** для:

- **Деятельность по улучшению качества.** Это включает проверку и улучшение качества медицинского обслуживания предоставляемого Вам и всем членам медицинской страховки.
- **Деятельность по управлению обслуживанию.** Включает помощь для получения Вами надлежащего медицинского обслуживания, улучшение качества медицинских служб или для поддержки соответствующего для Вас плана медицинского обслуживания.
- **Деятельность перед получением разрешения.** Включает в себя изучение и оценку медицинской информации для предварительного утверждения услуг, запрошенных Вами или Вашим медицинским провайдером.

ПРИМЕЧАНИЕ: Выбор, который Вы делаете в этой Форме Согласия НЕ разрешает медицинским страховкам иметь доступ к Вашей информации с целью принятия решения давать ли Вам страховку и оплачивать ли Ваши счета. Вы можете сделать этот выбор используя отдельную Форму Согласия, которую могут использовать медицинские страховки.

2. Какой вид информации о Вас включается. Если Вы даете согласие, Участники, которых Вы утверждаете, могут иметь доступ ко ВСЕЙ Вашей электронной медицинской информации, доступной посредством HEALTHeLINK. Это включает информацию, созданную ранее и позже даты в Форме Согласия. Ваши медицинские записи могут включать историю Вашей болезни или травмы (как диабет или переломы), результаты тестов (как рентген или анализ крови), и список лекарств, которые Вы принимали. Эта информация может быть связана со следующим состоянием здоровья, включая, и не только:

- Проблемы с алкоголем и наркотиками
- ВИЧ/СПИД
- Контроль рождаемости или аборт (планирование семьи)
- Генетические (наследственные) болезни или тесты
- Состояние психического здоровья
- Венерические заболевания

3. Откуда поступает информация о Вашем здоровье. Информация о Вас поступает из мест, которые обеспечивали Вам медицинские услуги или медицинскую страховку (Информационные Источники). Сюда могут входить больницы, доктора, аптеки, клинические лаборатории, медицинские страховщики, программа Медикаид и другие организации здравоохранения, которые обмениваются медицинской информацией в электронном виде. Полный список данных Информационных Источников доступен в HEALTHeLINK. Вы можете получить обновленный список в любое время, посетив вебсайт HEALTHeLINK www.wnyhealthlink.com, или позвонив 716-206-0993 доб.311.

4. Кто может пользоваться Вашей информацией, если Вы дадите согласие? Только эти люди имеют доступ к Вашей информации: доктора и другие работники здравоохранения, а именно, медицинские работники Утвержденного Участвующего Провайдера, которые заботятся о Вашем здоровье, медицинские работники, которые замещают или работают по вызову для докторов Утвержденных Участвующих Провайдеров; и сотрудники утвержденных Участников, которые выполняют работу, разрешенную этой Формой Согласия, как описано выше в пункте 1. Полный список Участников доступен в HEALTHeLINK в www.wnyhealthlink.com, или позвонив 716-206-0993 доб.311.

5. Штрафы за несанкционированный доступ или использование Вашей информации. За несанкционированный доступ или использование Вашей информации налагаются штрафы. Если вдруг Вы подозреваете, что кто-то, кто не должен видеть или пользоваться Вашей информацией, пользуется ею, звоните одному из Участников, кого Вы утвердили для доступа к нашим записям; или посетите вебсайт HEALTHeLINK www.wnyhealthlink.com; или звоните в HEALTHeLINK 716-206-0993 доб.311; или звоните в Отдел Здравоохранения штата Нью-Йорк 877-690-2211.

6. Передача информации. Любая электронная информация о Вас может быть предоставлена Участниками другим лицам только в той степени, которая разрешена законами и правилами штата или федеральными законами. Это также касается и той информации о Вас, которая находится в печатном виде. Некоторые федеральные законы и законы штата обеспечивают защиту для определенной конфиденциальной информации, включая ВИЧ/СПИД или лечение от алкоголизма и наркотиков. Эти специальные требования должны быть соблюдены, когда люди получают конфиденциальную информацию о здоровье. HEALTHeLINK и человек, который получает эту информацию посредством HEALTHeLINK, должны подчиняться этим требованиям.

7. Срок действия. Эта Форма Согласия будет действовать до тех пор, пока Вы не отмените свое согласие, или HEALTHeLINK прекратит вести дело.

8. Отмена Вашего согласия. Вы можете изъять Ваше согласие в любое время путем подписания Отказа Формы Согласия и вручения ее одному из Участников. Вы также можете изменить согласие подписав новую Форму Согласия в любое время. Вы можете получить эти формы на вебсайте HEALTHeLINK www.wnyhealthlink.com или позвонив 716-206-0993 доб.311.

Примечание: Организации, которые имеют доступ к Вашей информации посредством HEALTHeLINK пока действует Ваше согласие, могут копировать или включать Вашу информацию в свои собственные медицинские записи. Даже, если вы позже решите изъять свое согласие, от них не требуется возвращение или удаление информации из своих записей.

9. Копия Формы. Вы имеете право на получение копии данной Формы Согласия после ее подписания.