



Имя пациента											
Фамилия пациента											
Дата рождения				Адрес пациента				Пол			
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> М М Д Д Г Г Г Г				Улица _____ Квартира _____				<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский			
				Город _____, Штат _____ Почт.Индекс _____							

Я прошу предоставить доступ к медицинской информации, касающейся моего ухода и лечения, как указано в этой форме. Я могу выбирать, разрешать или не разрешать участвующим провайдером и плательщикам («участникам») HEALTHeLINK, которые привлекаются к моему уходу и лечению, получать доступ к моим медицинским записям через организацию обмена медицинской информацией под названием HEALTHeLINK. Если я дам согласие, то мои медицинские записи из разных мест, где я получаю медицинскую помощь, можно получить с помощью компьютерной сети штата. HEALTHeLINK - это некоммерческая организация, которая в электронном виде делится информацией о здоровье людей и отвечает стандартам конфиденциальности и безопасности HIPAA и Закона штата Нью-Йорк. Чтобы узнать больше, посетите веб-сайт <http://wnyhealthelink.com/>.

Выбор, который я делаю в этой форме, НЕ повлияет на мою возможность получать медицинскую помощь. Выбор, который я делаю в этой форме, НЕ позволяет страховщикам здравоохранения иметь доступ к моей информации с целью решать, предоставлять ли мне медицинскую страховку или оплачивать медицинские счета.

В Ы Б Р А Т Ь Т О Л Ь К О О Д И Н	Мой выбор. Отмечен только один квадрат слева от моего выбора. Я могу заполнить эту форму сейчас или в будущем. Я также могу поменять свое решение в любое время, заполнив новую форму.	
	<input type="checkbox"/> 1. ДА	Я ДАЮ СОГЛАСИЕ всем нынешним и будущим участникам, которые привлекаются к моему уходу и лечению, получать доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через HEALTHeLINK.
	<input type="checkbox"/> 2. ДА, ИСКЛЮЧАЯ ОСОБЫХ УЧАСТНИКОВ	Я ДАЮ СОГЛАСИЕ всем нынешним и будущим участникам, которые привлекаются к моему уходу и лечению, получать доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через HEALTHeLINK, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ Участников, указанных ниже. Имя участника (Офис провайдера): _____ Адрес или телефон участника: _____ <table border="1" style="width:100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></table>
	<input type="checkbox"/> 3. ДА, ТОЛЬКО ОСОБЫЕ УЧАСТНИКИ	Я ДАЮ СОГЛАСИЕ ТОЛЬКО особым, указанным ниже Участникам, иметь доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через HEALTHeLINK. Имя участника (Офис провайдера): _____ Адрес или телефон участника: _____ <table border="1" style="width:100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></table>
	<input type="checkbox"/> 4. НЕТ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ КРАЙНЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ	Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ СОГЛАСИЯ для текущих и будущих участников иметь доступ к моей электронной медицинской информации через HEALTHeLINK, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СРОЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
<input type="checkbox"/> 5. НЕТ, ДАЖЕ ПРИ КРАЙНЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ	Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ СОГЛАСИЯ для текущих и будущих участников иметь доступ к моей электронной медицинской информации через HEALTHeLINK даже в случае срочной медпомощи	

Я понимаю, что моя информация может быть получена в случае чрезвычайной ситуации, если я не заполню эту форму и не отмечу квадрат № 5, в котором говорится, что я отказываюсь от согласия даже в ситуации чрезвычайной медицинской помощи. Я понимаю, что по моей просьбе HEALTHeLINK должен предоставить мне список раскрытий моей электронной медицинской информации в соответствии с условиями этой формы. На мои вопросы об этой форме был дан ответ, и мне была предоставлена копия этой формы по моей просьбе.	Имя законного представителя пациента печатными буквами(если необходимо) Отношение законного представителя к пациенту (если необходимо) <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Агент здравоохранения <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
Подпись пациента или его законного представителя Х _____	Дата подписи <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> М М Д Д Г Г Г Г

Данная ячейка заполняется только провайдером _____ Согласие организации получено до _____	Свидетель* *требуется, если заполняется НЕ в офисе участника. _____ Имя свидетеля печатными буквами Подпись свидетеля _____ Отношение свидетеля к пациенту (жена, сын, сосед и др.)
--	--

Подробная информация о данных пациента в HEALTHeLINK и процессе согласия:

1. **Как ваша информация может быть использована.** С ограниченными исключениями, если вы дали согласие, участник(и), которого вы одобрили, может использовать вашу электронную медицинскую информацию **только** для следующих медицинских услуг:
 - **Лечебные услуги.** Вам предоставляется медицинская помощь и сопутствующие услуги.
 - **Проверка соответствия страховке.** Проверяется, есть ли у вас медицинская страховка и что она покрывает
 - **Деятельность по управлению услугами.** Сюда входит оказание вам помощи в получении надлежащего медицинского обслуживания, повышение качества предоставляемых вам услуг, координация предоставления вам многочисленных медицинских услуг или поддержка вас в соответствии с планом медицинского обслуживания.
 - **Мероприятия по улучшению качества.** Оценка и улучшение качества медицинской помощи, предоставляемой вам и всем пациентам.
2. **Какая информация о вас используется.** Если вы дадите согласие, Участники, которых вы одобряете, могут получить доступ ко всей вашей электронной медицинской информации, доступной через HEALTHeLINK. Сюда входит информация, созданная до и после даты настоящей формы согласия. Ваши медицинские записи могут включать историю болезней или травм, которые у вас были (например, диабет или сломанная кость), результаты тестов (например, рентгеновские снимки или анализы крови) и списки лекарств, которые вы принимали. Эта информация может относиться к чувствительным состояниям здоровья, включая, но не ограничиваясь:
 - Проблемы с алкоголем и наркотиками
 - ВИЧ / СПИД
 - Контроль рождаемости и аборты (планирование семьи)
 - Генетические (наследственные) заболевания или тесты
 - Состояние психического здоровья
 - Венерические заболевания
- Если вы получили лечение по причине проблем с алкоголем или наркотиками, ваша запись может включать в себя информацию, касающуюся диагнозов алкогольной или наркотической зависимости, лекарств и доз, лабораторных анализов, аллергий, истории употребления наркотиков, историй травматизма, госпитальных выписок, занятости, жизни и социальной поддержки, а также истории медицинских страховок.
3. **Откуда поступает информация о вашем зорвье.** Информация о вас поступает из мест, которые предоставили вам медицинскую помощь или медицинскую страховку («Источники информации»). К ним могут относиться больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховщики здравоохранения, программа Medicaid и другие организации здравоохранения, которые обмениваются медицинской информацией в электронном виде. Полный список текущих источников доступен в HEALTHeLINK в <http://wnyhealthelink.com> или звоните 716- 206-0993 доб. 103.
4. **Кто может получать информацию о вас, если вы даете согласие.** Только врачи и другие сотрудники участника (ов), которым вы дали согласие на доступ, которые осуществляют деятельность, разрешенную этой формой, как описано выше в параграфе 1. Ваша информация также может быть получена без вашего согласия агентствами общественного здравоохранения, если это разрешено государством и / или Федеральным законом. Любые данные, полученные из назначенного учреждения 42 C.F.R. часть 2 (некоторые заведения по лечению от алкогольной зависимости или наркомании) могут быть доступны только там, где есть сотрудничество с поставщиками услуг. Полный список Участников доступен в HEALTHeLINK в <http://wnyhealthelink.com/physicians-staff/current-participants/participating-healthelink-providers/> или звоните 716-206-0993 доб. 103, если вы хотите получить бумажную копию, которая будет предоставлена бесплатно в течение 5 рабочих дней с момента запроса.
5. **Штрафы за неправильный доступ к вашей информации или ее использование.** Существуют штрафы за неправильный доступ к вашей электронной информации о здоровье или ее использование. Если вдруг вы подозреваете, что тот, кто не должен или не получил доступ к информации о вас, сделал это, позвоните одному из участников, которых вы одобрили для доступа к нашим записям; или посетите вебсайт HEALTHeLINK's в <http://wnyhealthelink.com>; или звоните в HEALTHeLINK по телефону 716-206-0993 доб. 103; или позвоните в Отдел Здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-474-4987; или следуйте процедуре рассмотрения жалобы федерального ведомства по гражданским правам по следующей ссылке: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
6. **Повторное раскрытие информации.** Любой участник (ы), которому вы дали согласие на доступ к медицинской информации о вас, может повторно разгласить вашу медицинскую информацию, но только в той степени, в какой это разрешено государственными и федеральными законами и правилами. Информация, связанная с алкоголем / наркотиками, или конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ, может быть доступна только и может быть раскрыта только в том случае, если она сопровождается необходимыми заявлениями о запрете повторного раскрытия информации.
7. **Срок действия.** Эта форма согласия останется в силе до дня, когда вы измените свой выбор согласия или до тех пор, пока HEALTHeLINK не прекратит работу (**или до 50 лет после вашей смерти в зависимости от того, что произойдет раньше**). Если HEALTHeLINK сливается с другим квалифицированным субъектом, наши варианты выбора будут оставаться в силе с вновь объединенным объектом.
8. **Изменение вашего согласия.** Вы можете изменить свой выбор согласия в любое время и для любой организации-поставщика или плана медицинского обслуживания, представив новую форму согласия с вашим новым выбором. Участники, которые получают доступ к вашей медицинской информации через HEALTHeLINK, пока ваше согласие действует, могут копировать или включать вашу информацию в их собственные медицинские записи. Даже, если позже вы решите изменить свое согласие, они не обязаны возвращать вашу информацию или удалять ее из своих записей.