



Департамент здравоохранения шт. Нью-Йорк

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

|                       |               |                                  |
|-----------------------|---------------|----------------------------------|
| Имя, фамилия пациента | Дата рождения | Идентификационный номер пациента |
| Адрес пациента        |               |                                  |

Я прошу, чтобы медицинская информация, относящаяся к моему лечению, была доступна, как указано в этом документе. По своему выбору я могу решить, предоставлять ли Memorial Sloan-Kettering Cancer Center доступ к моей медицинской информации через посредство организации по обмену медицинской информацией под названием Healthix. Если я дам на это согласие, моя медицинская информация из различных мест, где мне оказывается медицинская помощь, сможет быть доступна с использованием компьютерной сети, действующей в пределах штата. Healthix представляет собой некоммерческую организацию, которая делится информацией о здоровье людей, которая предоставляется в электронном формате для улучшения качества медицинского обслуживания с соблюдением стандартов конфиденциальности и безопасности, действующих в HIPAA, федеральных законов о конфиденциальности информации, постановлений Раздела 42 Свода федеральных нормативных актов США, часть 2 и законодательства штата Нью-Йорк. Узнать об этом подробнее можно, посетив вебсайт Healthix по адресу [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

Доступ к моей информации будет возможен в случае чрезвычайной ситуации, если только я при заполнении данного формуляра не отмечу пункт 3, в котором сказано, что я не даю такого согласия даже в случае чрезвычайной ситуации.

**Выбор, который я сделаю в этом формуляре, НЕ повлияет на мою возможность получать медицинскую помощь. Выбор, который я сделаю в этом формуляре, НЕ позволит организациям медицинского страхования иметь доступ к моей информации в целях принятия решения, предоставлять ли мне страховое покрытие и оплачивать ли мои медицинские счета.**

|   |
|---|
| <p><b>Выбор моего согласия.</b> Отметьте ОДИН квадратик слева от выбранного мною решения.<br/>Эту форму я могу заполнить сейчас или в будущем.<br/>Кроме того, я могу в любое время изменить своё решение, заполнив новый формуляр.</p>   |
| <p><input type="checkbox"/> <b>1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ</b> на то, чтобы Memorial Sloan-Kettering Cancer Center имела ПОЛНЫЙ доступ к моей медицинской информации в электронном формате через посредство Healthix в целях оказания мне медицинских услуг (в том числе в чрезвычайных ситуациях).</p> |
| <p><input type="checkbox"/> <b>2. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ</b>, на то, чтобы Memorial Sloan-Kettering Cancer Center имела доступ к моей медицинской информации в электронном формате через посредство Healthix.</p>  |
| <p><input type="checkbox"/> <b>3. Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ</b> на то, чтобы Memorial Sloan-Kettering Cancer Center имела доступ к моей медицинской информации в электронном формате через посредство Healthix в каких бы то ни было целях, даже при чрезвычайной ситуации.</p>                       |

Если я хочу отказать всем Организациям–Провайдерам и Медицинским Планам, участвующим в Healthix, в согласии на доступ к моей медицинской информации в электронном формате через посредство Healthix, я могу это сделать, посетив вебсайт Healthix по адресу [www.healthix.org](http://www.healthix.org) или позвонив в компанию Healthix по телефону 877-695-4749.

Мною получены ответы на мои вопросы по данному формуляру, а также копия данного формуляра.

|  |   |
|--|---|
| Подпись пациента или Уполномоченного Представителя Пациента                    | Дата  |
| Имя и фамилия Уполномоченного Представителя (если применимо) печатными буквами | Отношение Уполномоченного Представителя к Пациенту (если применимо) |

**Детали, касающиеся информации, к которой будет получен доступ через посредство Healthix, и процедура согласия:**

- 1. Как может быть использована ваша информация.** Ваша медицинская информация в электронном формате будет использоваться **только** для следующих медицинских услуг:
  - **Услуги по лечению.** Обеспечение для вас лечебных и сопутствующих услуг.
  - **Проверка вашего права на страховку.** Проверка того, имеете ли вы медицинскую страховку и что она покрывает.
  - **Управление действиями по оказанию медицинской помощи.** Это включает помощь вам в получении надлежащей медицинской помощи, улучшении качества оказываемых вам услуг, координацию различных видов медицинских услуг, оказываемых вам, либо помощь вам в выполнении плана медицинского обслуживания.
  - **Меры по улучшению качества.** Оценка и улучшение качества медицинского обслуживания, предоставляемого вам и всем пациентам.
- 2. Какие типы информации о вас включаются.** Если вы дадите согласие, указанная (указанные) Организация–Провайдер (Организации–Провайдеры) сможет (смогут) иметь доступ ко ВСЕЙ вашей медицинской информации в электронном формате, доступной через посредство Healthix. Это включает информацию, относящуюся к периодам как до, так и после даты подписания данного формуляра. Ваши медицинские записи могут включать историю ваших заболеваний или травм (к примеру, диабет или перелом какой-либо кости), результаты тестов (к примеру, рентгеновские снимки или анализы крови), а также списки принимаемых вами лекарств. Эта информация может включать и чувствительные состояния здоровья, включая, но не ограничиваясь этим, следующее:
  - Употребление алкоголя или наркотиков
  - Контроль рождаемости и аборты (планирование семьи)
  - Медикаменты и дозировка
  - Генетические (наследственные) заболевания или тесты
  - ВИЧ / СПИД
  - Состояние психического здоровья
  - Болезни, передающиеся половым путём
  - Информация о диагностике
  - Аллергии
  - Употребление психоактивных веществ — краткая история
  - Клинические заметки
  - Выписной эпикриз
  - Данные о работе
  - Условия проживания
  - Социальная помощь
  - Данные о претензиях
  - Лабораторные тесты
  - Краткая история полученных травм
- 3. Откуда приходит ваша медицинская информация.** Информация о вас приходит из тех мест, где вам предоставлялись медицинская помощь или медицинское страхование. Это могут быть больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, компании медицинского страхования, программа Medicaid, а также иные организации, обменивающиеся информацией в электронном формате. Их полный список на данный день доступен через Healthix. Вы можете в любое время получить такой список, выйдя на вебсайт Healthix — [www.healthix.org](http://www.healthix.org) или позвонив по телефону 877-695-4749.
- 4. Кто может иметь доступ к информации о вас, если вы дали согласие.** Только врачи и другие штатные работники той Организации (тех Организаций), которым вы дали согласие на доступ и которые осуществляют действия, разрешённые данным формуляром, как это указано выше в параграфе первом.
- 5. Доступ органов здравоохранения и организаций трансплантационной координации.** Органам здравоохранения федерального, штатного и местного уровней, а также определённым организациям трансплантационной координации по закону предоставлено право доступа к медицинской информации без согласия пациента для определённых организаций общественного здравоохранения и для целей трансплантации органов. Эти организации могут получить доступ к вашей информации через посредство Healthix для указанных целей независимо от того, дали вы согласие, не дали согласия или же не заполняли форму согласия.
- 6. Наказания за незаконный доступ к вашей информации или её незаконное использование.** За ненадлежащий доступ к вашей медицинской информации в электронном формате или её незаконное использование предусмотрены наказания. Если вы в какой-то момент заподозрите, что кто-то, не имея на то права, увидит информацию о вас или получит к ней доступ, позвоните в Организацию–Провайдер по телефону: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (212) 639-2000; или посетите вебсайт Healthix: [www.healthix.org](http://www.healthix.org); или позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-474-4987; либо следуйте процедуре подачи жалоб федерального Управления по гражданским правам, выйдя на следующий вебсайт: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Передача раскрытой информации.** Любая организация, которой вы дали согласие на доступ к медицинской информации о вас, может передать вашу медицинскую информацию, но только в той мере, в какой это разрешено штатными и федеральными законами и подзаконными актами. К информации, относящейся к лечению от злоупотребления алкогольных и наркотических веществ, как и к конфиденциальной информации, имеющей отношение к ВИЧ, можно получить доступ и её передавать, только если это сопровождается требуемыми заявлениями, касающимися запрета на передачу.
- 8. Период действия.** Данная Форма согласия остаётся в силе до того дня, когда вы измените сделанный вами выбор о согласии, равно как до вашей кончины или того момента, когда компания Healthix прекратит свою деятельность. Если компания Healthix сольётся с другой Надлежащей Организацией, сделанный вами выбор по поводу согласия сохранит свою действенность и для новой организации, образованной после такого слияния.
- 9. Изменение сделанного вами выбора о согласии.** Вы можете изменить сделанный вами выбор о согласии в любой момент и для любой Организации–Провайдера или Плана медицинского обслуживания, подав новую Форму согласия со своим новым выбором. В течение того периода, пока ваше согласие находится в силе, Организации, имеющие доступ к вашей медицинской информации через посредство Healthix, могут копировать ваши медицинские записи или включать вашу информацию в свои медицинские материалы. Даже если позднее вы примете решение изменить своё решение о согласии, они не будут обязаны вернуть вашу информацию или удалить её из своих материалов.
- 10. Копия Формы.** Вы имеете право получить копию своей Формы Согласия.