

Разрешение на использование и раскрытие защищенной медицинской информации — инструкции

1. Заполните все разделы формы. Формы с незаполненными графами не принимаются.
2. Укажите поставщика услуг/ организации, откуда вы запрашиваете данные, и направьте в соответствии с инструкциями в приведенной ниже таблице.
3. Если должна быть предоставлена информация, касающаяся лечения алкогольной/наркотической зависимости, психических расстройств, генетическая информация или конфиденциальные сведения относительно ВИЧ, поставьте свои инициалы рядом с каждым типом информации в первом пункте.
 - Информация, касающаяся лечения алкогольной или наркотической зависимости, — это любые сведения из курса лечения алкогольной/наркотической зависимости.
 - Информация, касающаяся лечения психических расстройств, означает клиническую документацию либо клиническую информацию, по которой можно определить пациентов с психическими расстройствами и которая охраняется в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк.
 - Конфиденциальные сведения относительно ВИЧ означают любую информацию, которая отображает прохождение тестирования на ВИЧ, наличие инфекции или болезни (включая СПИД), или незащищенность от ВИЧ. К таким сведениям относятся и отрицательные результаты тестирования.
 - Генетическая информация означает любой лабораторный анализ с целью диагностирования генетических изменений, связанных с предрасположенностью к генетическим заболеваниям или физическим и умственным недостаткам и нарушениям, включая анализ ДНК-профиля.

Оценка суммы оплаты (если таковая требуется) будет предоставлена до выполнения запроса.

Участок	Адрес	Номер телефона
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department в собственные руки: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 адрес для корреспонденции: One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department в собственные руки: 380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 адрес для корреспонденции: 301 E 17 th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department в собственные руки: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 адрес для корреспонденции: 200 Old Country Road, Suite SW 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, вариант 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34th Street NY, NY 10016	212-731-6180
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Соответствующее отделение	Обратитесь в соответствующее отделение
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations FHCPatientRelations@nulangone.org	Обратитесь в соответствующее отделение
NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital - Long Island – CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	Attn: Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Фотоснимки/изображения радиологических обследований (Radiology Films/Images)	Tisch: 560 1 st Ave, 2 nd Floor, NY, NY 10006 Ортопедическая больница: 301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 Отделение радиологии FGP: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016 Другие локации: место проведения соответствующего обследования	Tisch: 212-263-5227 Ортопедическая больница: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Другое: обратитесь в соответствующее отделение
Long Island Community Hospital (LICH)	Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772	631-654-7710

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Ф. И. О. пациента	Дата рождения пациента	Номер телефона
Адрес пациента		

Я (или мой доверенный представитель) прошу, чтобы медицинская информация, касающаяся моего лечения и ухода, раскрывалась так, как указано в этой форме. Я понимаю, что:

1. Информация, касающаяся **ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ/НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ГЕНЕТИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ, и/или КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ВИЧ**, не будет раскрываться без моего особого разрешения. Ставя ниже свои инициалы, я даю особое разрешение на раскрытие такой информации лицам, указанным в данной форме.

	Информация, касающаяся лечения алкогольной или наркотической зависимости (данные из курсов лечения алкогольной/наркотической зависимости)
	Информация, касающаяся лечения психических расстройств (за исключением заметок психотерапевта, для раскрытия которых может понадобиться дополнительное разрешение)
	Информация о результатах генетических анализов
	Информация, касающаяся ВИЧ/СПИДа (раскрытие этой информации должно сопровождаться обязательными заявлениями, касающимися запрета на повторное раскрытие, в случаях, предусмотренных законом)

2. За исключением конкретных типов информации, перечисленных выше, сведения, раскрываемые на основании данного разрешения, могут быть раскрыты получателем повторно и в результате лишиться защиты федерального законодательства или законодательства штата. Когда я даю разрешение на раскрытие информации, связанной с ВИЧ, то получатель не может раскрывать эту информацию без моего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено федеральным законодательством или законодательством штата. У меня есть право требовать предоставления мне перечня лиц, которые могут без разрешения получить или использовать касающуюся меня информацию, связанную с ВИЧ. Если я столкнусь с дискриминацией в связи с раскрытием или разглашением информации, связанной с ВИЧ, я могу обратиться в Бюро прав человека штата Нью-Йорк по номеру телефона (212) 480-2493 или в Комиссию по правам человека города Нью-Йорк по номеру телефона (212) 306-7450. Эти ведомства отвечают за защиту моих прав.
3. Я имею право отозвать настоящее разрешение, написав об этом поставщику услуг / организации, которым я направил (-а) эту форму (по адресу, указанному на странице с инструкциями). Такой отзыв будет применим лишь к той информации, которую NYU Langone Health и/или Long Island Community Hospital (LICH) еще не передали, пользуясь данным разрешением.
4. Подписание настоящего разрешения является добровольным. NYU Langone Health или LICH не может ставить условия лечения, оплаты, включения в планы медицинского обслуживания либо права на получение льгот в зависимость от моего согласия или отказа подписать данное разрешение (за исключением ограниченного перечня ситуаций).
5. Когда я запрашиваю оригинальные снимки радиологических обследований, то понимаю, что в больнице NYU Langone Health нет копий на фотопленке (аналоговых копий) таких снимков. Я освобождаю больницу NYU Langone Health от всякой ответственности за хранение моих медицинских снимков.

Имя и адрес поставщика услуг / организации, которым следует раскрыть информацию (см. стр. с инструкциями):

--

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

Цель раскрытия информации:

- По моему требованию Продолжение ухода
- Прочее (другие цели, включая участие в государственных программах или получение пособий): _____

Лицо, получающее эту информацию:

- Я Другое лицо (имя и фамилия; для получения необходимо предъявить удостоверение личности): _____

Вид или формат (может взиматься плата; оценка стоимости предоставляется перед выдачей информации):

- Отправить документ на бумаге почтой по адресу: _____
- Выдача бумажной копии Портал MyChart (доступно для загрузки в течение 60 дней)
- Факс (номер): _____ CD/DVD USB
- Защищенная эл. почта (доступ / возможность загрузки предоставляется на 30 дней): _____
- Другое: _____

Описание информации, подлежащей раскрытию:

- Все сведения медицинской карты, которую заполняет указанный (-ая) выше поставщик услуг / организация
- Данные, относящиеся к следующим датам: _____
- Отчеты радиологических обследований (укажите тип обследования и дату): _____
- Фотоснимки/изображения радиологических обследований (укажите тип обследования и дату): _____
- Выписка (краткий отчет) информации, относящейся к следующим датам: _____
- Данные, отправленные указанному (-ой) выше поставщику услуг / организации, поставщиками услуг, не связанными с больницей NYU Langone Health, и сохраняемые больницей NYU Langone Health для использования в ходе моего лечения
- Прочее (например, выставленные счета; формы согласия на проверку сведений): _____

Срок действия разрешения истекает через 1 (один) год после даты подписания, если иное не указано здесь (конкретное событие или дата): _____

Я получил (-а) ответы на свои вопросы (если таковые имелись). Кроме того, мне предоставили или предложили получить копию данной формы, если сотрудники NYU Langone Health и/или LICN попросили меня ее заполнить.

Подпись: _____ Дата: _____ Время: _____ ДП/ПП (Пациент или лицо, уполномоченное ставить подпись за пациента) <i>Если лицо, выражающее согласие на проверку сведений, не является пациентом, напишите его имя и фамилию разборчиво (печатными буквами) и укажите тип доверенности, позволяющей ему подписывать документ. При оформлении запроса должны быть представлены подтверждающие документы.</i>
Имя и фамилия / тип доверенности: _____

*Вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Информация, на основе которой конкретное лицо может быть с достаточными основаниями идентифицировано как носитель симптомов ВИЧ или как ВИЧ-инфицированное лицо, и информация о контактах лица находятся под охраной Закона штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении.

Только для служебного пользования: MRN: _____ Получено: ____/____/____ Инициалы: _____