

Instrukcje dotyczące zgody na wykorzystanie i ujawnienie chronionych informacji dotyczących zdrowia (PHI)

1. Wypełnić wszystkie części formularza. Niekompletne formularze nie będą przyjmowane.
2. Wymienić lekarzy/podmioty, u których składany jest wniosek o dokumentację, i przesłać zgodnie z uwagami w tabeli poniżej.
3. Jeśli mają zostać uwzględnione informacje dotyczące leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków, leczenia zdrowia psychicznego, informacje genetyczne lub poufne informacje dotyczące HIV, należy umieścić parafkę obok każdego odpowiedniego typu w pozycji pierwszej.
 - Informacje dotyczące leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków oznaczają wszelkie informacje z programu leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków.
 - Informacje dotyczące leczenia chorób psychicznych oznaczają dokumentację kliniczną lub informacje kliniczne umożliwiające identyfikację pacjentów chorych psychicznie, co jest chronione zgodnie z prawem stanu Nowy Jork.
 - Poufne informacje dotyczące HIV oznaczają informacje wskazujące na przebycie badań dotyczących HIV, infekcji lub choroby (włączając AIDS) lub narażenie na HIV. Obejmują one wyniki ujemne.
 - Informacje genetyczne oznaczają wszelkie badania laboratoryjne mające na celu zdiagnozowanie wariantów genetycznych powiązanych z predyspozycją do choroby genetycznej lub niepełnosprawności, włącznie z analizą profilu DNA.

Szacunkowe opłaty, jeśli istnieją, zostaną podane przed realizacją zamówienia.

Placówka	Adres	Numer telefonu
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department do osobistego stawienia się: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 korespondencyjny: One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department do osobistego stawienia się: 380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 korespondencyjny: 301 E 17 th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department do osobistego stawienia się: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 korespondencyjny: 200 Old Country Road, Suite SW 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opcja 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)	Bezpośrednio do indywidualnego gabinetu	Kontaktować się bezpośrednio z indywidualnym gabinetem
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations FHCPatientRelations@nulangone.org	Kontaktować się bezpośrednio z indywidualnym gabinetem
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
Praktyka dentystyczna w południowo- zachodnim Brooklynie (Southwest Brooklyn Dental Practice)	Do wiadomości: Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Filmy/zdjęcia radiologiczne (Radiology Films/Images)	Tisch: 560 1 st Ave, 2 nd Floor, NY, NY 10006 Szpital ortopedyczny (Orthopedic Hospital): 301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 Radiologia FGP: Dokumentacja medyczna oddziału radiologicznego NYU Langone Health, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016 Inne lokalizacje: bezpośrednio w miejscu badań radiologicznych	Tisch: 212-263-5227 Ortopedia: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Inne: kontaktować się bepośrednio z indywidualnym gabinetem
Long Island Community Hospital (LICH)	Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772	631-654-7710

ZGODA NA WYKORZYSTANIE I UJAWNIECIE CHRONIONYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA (PHI)

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia pacjenta	Numer telefonu
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składam(y) wniosek o ujawnienie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem. Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Informacje dotyczące **LECZENIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU/NARKOTYKÓW, LECZENIA CHOROÓB PSYCHICZNYCH, BADAŃ GENETYCZNYCH** i/lub **POUFNE INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV*** nie będą udostępniane bez mojej wyraźnej zgody. Składając podpis poniżej, wyrażam zgodę na ujawnienie takich informacji osobom wskazanym w niniejszym formularzu.

	Informacje dotyczące leczenia nadużywania alkoholu lub narkotyków (dokumentacja z programu leczenia nadużywania alkoholu/narkotyków)
	Informacje dotyczące leczenia chorób psychicznych (oprócz notatek z psychoterapii, które mogą wymagać oddzielnej zgody)
	Informacje dotyczące testów genetycznych
	Informacje dotyczące HIV/AIDS (ujawnienie tych informacji musi obejmować wymagane oświadczenia dotyczące zakazu ponownego ujawnienia, jeśli są one wymagane zgodnie z prawem)

2. Oprócz informacji specjalnego rodzaju określonych powyżej, informacje udostępnione na podstawie niniejszej zgody mogą zostać udostępnione ponownie przez odbiorcę i nie są dłużej chronione przez prawo federalne ani stanowe. Jeśli nie jest to dozwolone przez prawo federalne ani stanowe, w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie informacji dotyczących HIV odbiorca nie może udostępnić tych informacji bez mojego pozwolenia. Mam prawo wnioskować o listę osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać informacje dotyczące HIV bez upoważnienia. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dot. HIV mogę skontaktować się z Wydziałem ds. Praw Człowieka stanu Nowy Jork pod numerem (212) 480-2493 lub Komisją ds. Praw Człowieka miasta Nowy Jork pod numerem (212) 306-7450. Instytucje te są odpowiedzialne za ochronę praw obywateli.
3. Mogę wycofać niniejszą zgodę, składając pisemny wniosek do lekarza/podmiotu, któremu przedłożyłem(-am) formularz (na adres podany na stronie z instrukcjami). Odwołanie będzie skuteczne z wyjątkiem sytuacji, w której NYU Langone Health i/lub Long Island Community Hospital („LICH”) już wykonały działania bazujące na niniejszej zgodzie.
4. Podpisanie zgody jest dobrowolne. NYU Langone Health lub LICH nie może uzależniać decyzji o leczeniu, płatności, zapisie do ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnieniach do świadczeń od podpisania lub odmowy odpisania tej umowy, z wyjątkiem ograniczonych sytuacji.
5. Jeśli wnioskuję o oryginalne filmy z badań radiologicznych, przyjmuję do wiadomości, że nie ma (analogowych) kopii filmu przechowywanych przez Centrum Zdrowia NYU Langone Health. Zwalniam Centrum Zdrowia NYU Langone Health z odpowiedzialności za prowadzenie mojej dokumentacji z badań obrazowych.

Imię i nazwisko / nazwa oraz adres lekarza/podmiotu, któremu mają być udostępnione informacje (patrz strona z instrukcjami):

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

Cel ujawnienia informacji:

- Na mój wniosek Kontynuacja opieki
- Inny (należy wyjaśnić, włączając świadczenia lub program rządowy): _____

Osoba otrzymująca te informacje:

- Ja sam / ja sama _____
- Inna osoba (imię i nazwisko; dowód tożsamości wymagany do odbioru) _____

Forma/format (mogą być naliczane opłaty; przed ujawnieniem zostanie podana szacunkowa kwota):

- Przesłać dokumentację do: _____
- Odbiór, wersja papierowa MyChart (możliwość pobrania przez 60 dni)
- Faks (numer): _____ CD/DVD USB
- Bezpieczna poczta e-mail (możliwość dostępu/pobrania przez 30 dni): _____
- Inne: _____

Opis informacji, które mają zostać ujawnione:

- Cała dokumentacja medyczna od lekarza/podmiotu podanego powyżej
- Dokumentacja dotycząca poniższych dat: _____
- Dokumentacja badań radiologicznych (wymienić rodzaj badań i datę): _____
- Filmy/zdjęcia z badań radiologicznych (wymienić rodzaj badań i datę): _____
- Wyciąg (podsumowanie) informacji dotyczących poniższych dat: _____
- Dokumentacja wysłana do lekarza/podmiotu wskazanego powyżej przez lekarzy spoza Centrum Zdrowia NYU Langone Health i przechowywana przez Centrum Zdrowia NYU Langone Health do użytku podczas mojej opieki
- Inne (np. dokumentacja dot. rachunków, formularze zgody): _____

Zgoda wygaśnie po upływie jednego (1) roku od daty podpisania, jeśli nie podano inaczej poniżej (określone wydarzenie lub data): _____

Uzyskałem(-am) odpowiedź na wszelkie pytania. Ponadto otrzymałem(-am) lub zaproponowano mi kopię tego formularza, jeśli NYU Langone Health i/lub LICH poprosiło o wypełnienie formularza.

Podpis: _____ Data: _____ Godzina: _____ rano / po południu
(Pacjent lub osoba upoważniona do złożenia podpisu)

*Jeśli osoba, która wyraża zgodę, nie jest pacjentem, należy podać imię i nazwisko oraz rodzaj upoważnienia do złożenia podpisu.
W momencie składania wniosku należy przedstawić dokumentację potwierdzającą informację.*

Imię i nazwisko / rodzaj upoważnienia: _____

*Wirus nabytego zespołu niedoboru odporności wywołujący AIDS. Ustawa o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork chroni informacje, które mogą umożliwiać identyfikację osoby mającej objawy i infekcje związane z HIV, oraz informacje dotyczące danych kontaktowych tej osoby.

Tylko do użytku urzędowego: Numer dokumentacji medycznej (MRN): _____

Otrzymało: _____ / _____ / _____ Inicjały: _____