



**Групповые врачебные практики [Faculty Group Practice]
АНКЕТА ДЛЯ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ ПАЦИЕНТОВ**

Эта анкета поможет нам понять, как лучше с Вами общаться и как предоставить необходимые Вам услуги.

Имя и фамилия пациента: _____ MRN: _____

Я: Глухой _____ Слабослышащий _____

Я пользуюсь языком жестов _____ Да _____ Нет

*Мне нужен переводчик на язык жестов _____ Да _____ Нет

Я могу говорить _____ Да _____ Нет

Я хорошо читаю по губам _____ Да _____ Нет

*Мне нужен устный переводчик _____ Да _____ Нет

Я могу общаться письменно _____ Да _____ Нет

*Если для общения с врачом Вам нужен переводчик, его услуги будут предоставлены Вам бесплатно.

Если Вам нужно со мной связаться:

Пришлите мне текстовое сообщение по телефону

Позвоните в коммутаторную службу _____

Отправьте мне факс по телефону _____

Бланк для сбора демографических данных о пациенте Faculty Group Practice [Faculty Group Practice Patient Demographic Form]

Информация о пациенте [Patient Information]	Ф.И.О. (фамилия, имя, второй инициал) [Name (Last, First, MI)]			Адрес электронной почты [Email address]		
	Домашний адрес [Street Address]			Город [City]		Штат [State]
	Почтовый индекс [Zip]					
	Домашний телефон [Home Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Рабочий телефон [Work Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Мобильный телефон [Cell Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]	
	Номер социального страхования [SSN]	Дата рождения [Date of Birth]	Пол [Gender] <input type="checkbox"/> Мужской [Male] <input type="checkbox"/> Женский [Female]	Семейное положение [Marital Status] <input type="checkbox"/> Холост/не замужем [Single] <input type="checkbox"/> Женат/замужем [Married] <input type="checkbox"/> В разводе [Divorced] <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова [Widowed] <input type="checkbox"/> Раздельное проживание [Separated] <input type="checkbox"/> Партнерство [Partner] <input type="checkbox"/> Другое [Other]		
Расовая принадлежность [Race]		Этническая принадлежность [Ethnicity]		Предпочтительный язык [Preferred Language]		Страна происхождения [Country of Origin]

Сторона, несущая финансовую ответственность [Financially Responsible Party]	Является ли пациент стороной, несущей ответственность/поручителем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если вам более 18 лет и вы не находитесь на попечении какого-либо учреждения, то вы являетесь поручителем как сторона, несущая финансовую ответственность за любые расходы, которые могут быть понесены в ходе вашего визита) [Is patient responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)]					
	Название [Name]		Адрес [Address]		Город/штат/почтовый индекс [City/State/Zip]	
	Кем приходится пациенту [Relationship to Patient]					
	Род деятельности [Occupation]	Работодатель [Employer]		Адрес электронной почты [Email Address]		Дата рождения [Date of Birth]
Домашний телефон [Home Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Рабочий телефон [Work Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Мобильный телефон [Cell Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		

Контактное лицо в экстренной ситуации [Emergency Contact]	Название [Name]			Кем приходится пациенту [Relationship to Patient]		
	Домашний телефон [Home Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Рабочий телефон [Work Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Мобильный телефон [Cell Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]	

Информация о направлении [Referral Info]	Имя и фамилия врача, выдавшего направление [Referring Physician's Name]			Номер телефона/факса врача (если известен) [Physician Phone/Fax (if known)] ()		
	Адрес врача [Physician Address]					

Информация об основном лечащем враче [PCP Info]	Имя и фамилия основного лечащего врача (поставьте отметку, если это тот же врач, кто выдал направление <input type="checkbox"/>) [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input type="checkbox"/>)]		Номер телефона/факса врача (если известен) [Physician Phone/Fax (if known)] ()	
	Адрес врача [Physician Address]			

Информация о страховке [Insurance Information]	Основная страховая компания [Primary Insurance Company]		Полис № [Policy #]		Группа № [Group #]		
	Кем приходится застрахованный пациенту [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Само лицо [Self] <input type="checkbox"/> Супруг [Spouse] <input type="checkbox"/> Ребенок [Child] <input type="checkbox"/> Другое лицо [Other]			Имя и фамилия владельца страховки (если отличается от пациента) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	№ социального страхования владельца страховки [Subscriber's Social Security #]		Пол [Gender] <input type="checkbox"/> Мужской [Male] <input type="checkbox"/> Женский [Female]		Дата рождения [Date of Birth]		
					Работодатель владельца страховки [Employer of Subscriber]		
					Рабочий телефон [Work Phone] ()		
Компания вторичного страхования [Secondary Insurance Company]		Полис № [Policy #]		Группа № [Group #]			
Кем приходится застрахованный пациенту [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Само лицо [Self] <input type="checkbox"/> Супруг [Spouse] <input type="checkbox"/> Ребенок [Child] <input type="checkbox"/> Другое лицо [Other]			Имя и фамилия владельца страховки (если отличается от пациента) [Name of Subscriber (if other than patient)]				
№ социального страхования владельца страховки [Subscriber's Social Security #]		Пол [Gender] <input type="checkbox"/> Мужской [Male] <input type="checkbox"/> Женский [Female]		Дата рождения [Date of Birth]		Работодатель владельца страховки [Employer of Subscriber]	
						Рабочий телефон [Work Phone] ()	

Своей подписью ниже я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является верной. [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]	
Подпись пациента: _____ [Patient Signature]	Дата: ____/____/____ [Date]
Подпись поручителя (если это не сам пациент): _____ [Guarantor Signature (if other than patient)]	Дата: ____/____/____ [Date]

Форма демографических данных пациента групповой врачебной практики: педиатрия [Faculty Group Practice Patient Demographic Form – Pediatrics]

Информация о пациенте [Patient Information]	Ф.И.О. (фамилия, имя, второй инициал) [Name (Last, First, MI)]				Сегодняшняя дата [Today's Date]	
	Домашний адрес [Street Address]			Город [City]		Штат [State]
	Почтовый индекс [Zip]		Номер социального страхования [SSN]		Дата рождения [Date of Birth]	Пол [Gender] <input type="checkbox"/> Мужской [Male] <input type="checkbox"/> Женский [Female]
	Расовая принадлежность [Race]		Этническая принадлежность [Ethnicity]		Предпочтительный язык [Preferred Language]	
Проходил (-и) ли пациент или его братья/сестры осмотр в нашем офисе? (Перечислите) [Has patient or siblings been seen in our office? (Please list)]						Страна происхождения [Country of Origin]
Сторона, несущая финансовую ответственность [Financially Responsible Party]	Родитель [Parent 1] Является ли этот родитель стороной, несущей ответственность за пациента/поручителем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]					
	Название [Name]		Адрес [Address]		Город/штат/почтовый индекс [City/State/Zip]	
	Кем приходится пациенту [Relationship to Patient]		Род деятельности [Occupation]		Работодатель [Employer]	
	Адрес электронной почты [Email Address]		Дата рождения [Date of Birth]		Домашний телефон [Home Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]	
	Рабочий телефон [Work Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Мобильный телефон [Cell Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Родитель 2: [Parent 2]	
	Является ли этот родитель стороной, несущей ответственность за пациента/поручителем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]					
	Название [Name]		Адрес [Address]		Город/штат/почтовый индекс [City/State/Zip]	
	Кем приходится пациенту [Relationship to Patient]		Род деятельности [Occupation]		Работодатель [Employer]	
Адрес электронной почты [Email Address]		Дата рождения [Date of Birth]		Домашний телефон [Home Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		
Рабочий телефон [Work Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Мобильный телефон [Cell Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]				
Контактное лицо в экстренной ситуации [Emergency Contact]	Название [Name]				Кем приходится пациенту [Relationship to Patient]	
	Домашний телефон [Home Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Рабочий телефон [Work Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]		Мобильный телефон [Cell Phone] () Предпочтительно <input type="checkbox"/> [Preferred]	

Информация о направлении [Referral Info]	Имя и фамилия врача, выдавшего направление [Referring Physician's Name]				Номер телефона/факса врача (если известен) [Physician Phone/Fax (if known)] ()		
	Адрес врача [Physician Address]						
Информация об основном лечащем враче [PCP Info]	Имя и фамилия основного лечащего врача (поставьте отметку, если это тот же врач, кто выдал направление <input type="checkbox"/> [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input])]<="" td="" type="checkbox"/> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Номер телефона/факса врача (если известен) [Physician Phone/Fax (if known)] ()</td>				Номер телефона/факса врача (если известен) [Physician Phone/Fax (if known)] ()		
	Адрес врача [Physician Address]						
Информация о страховке [Insurance Information]	Основная страховая компания [Primary Insurance Company]			Полис № [Policy #]		Группа № [Group #]	
	Адрес для направления требований [Claims Address]		Город [City]	Штат [State]	Почтовый индекс [Zip]	Телефон [Phone] ()	
	Кем приходится застрахованный пациенту [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Само лицо [Self] <input type="checkbox"/> Супруг [Spouse] <input type="checkbox"/> Ребенок [Child] <input type="checkbox"/> Другое лицо [Other] _____			Имя и фамилия владельца страховки (если отличается от пациента) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	№ социального страхования владельца страховки [Subscriber's Social Security #]		Пол [Gender] <input type="checkbox"/> Мужской [Male] <input type="checkbox"/> Женский [Female]	Дата рождения [Date of Birth]		Работодатель владельца страховки [Employer of Subscriber]	Рабочий телефон [Work Phone] ()
	Компания вторичного страхования [Secondary Insurance Company]			Полис № [Policy #]		Группа № [Group #]	
	Адрес для направления требований [Claims Address]		Город [City]	Штат [State]	Почтовый индекс [Zip]	Телефон [Phone] ()	
	Кем приходится застрахованный пациенту [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Само лицо [Self] <input type="checkbox"/> Супруг [Spouse] <input type="checkbox"/> Ребенок [Child] <input type="checkbox"/> Другое лицо [Other] _____			Имя и фамилия владельца страховки (если отличается от пациента) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	№ социального страхования владельца страховки [Subscriber's Social Security #]		Пол [Gender] <input type="checkbox"/> Мужской [Male] <input type="checkbox"/> Женский [Female]	Дата рождения [Date of Birth]		Работодатель владельца страховки [Employer of Subscriber]	Рабочий телефон [Work Phone] ()
<p>Своей подписью ниже я подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленная мной информация является верной. [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]</p> <p>Подпись пациента: _____ Дата: ____/____/____ [Patient Signature] [Date]</p> <p>Подпись поручителя (если это не сам пациент): _____ Дата: ____/____/____ [Guarantor Signature (if other than patient)] [Date]</p>							

Краткое описание финансовой политики Faculty Group Practice

Мы благодарим Вас за то, что Вы обратились в NYU Langone Medical Center! Мы дорожим тем, что Вы доверили нам заботу о Вашем здоровье, и мы, в свою очередь, готовы предоставить Вам медицинское обслуживание наилучшего качества!

Поскольку медицинское обеспечение и варианты покрытия расходов по условиям страховых программ становятся все сложнее, мы разработали данную финансовую политику, чтобы Вы понимали, каковы Ваши обязанности как пациента. Мы сделаем все от нас зависящее, чтобы Вы поняли, какое лечение Вам предлагается. Кроме того, мы готовы ответить на Ваши вопросы о том, как подать заявление в страховую компанию о возмещении расходов.

Ваш полис медицинского страхования представляет собой контракт между Вами и Вашей страховой компанией или Вашим работодателем. Пожалуйста, обратите внимание, что одна из Ваших обязанностей – знать, действуют ли какие-либо особые правила и условия, согласно Вашей страховой программе, такие как обязательное наличие направления, предварительное освидетельствование состояния здоровья, предварительное подтверждение необходимости оказания медицинских услуг, ограничения по возмещению расходов на амбулаторное лечение, а также любые требования в отношении врачей-специалистов, лабораторий и/или больниц, задействованных при осуществлении лечения. Кроме того, Вы должны быть осведомлены о сумме нестрахуемого минимума, совместных платежах и/или совместном страховании. Это относится ко всем плательщикам вне зависимости от того, участвуют ли в лечении наши врачи.

Если Вы точно не знаете, сколько составляет сумма выплат по Вашему страховому полису, Вы должны связаться с Вашей страховой компанией и получить подробную информацию о страховых выплатах, платежах, подлежащих погашению наличными средствами, и ограничениях страхового обеспечения.

ПОЖАЛУЙСТА, СОХРАНИТЕ НАСТОЯЩИЙ ДОКУМЕНТ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Страховое обеспечение

Нам необходимо получать информацию о Вашей действующей страховой программе каждый раз, когда Вы обращаетесь к нам. Кроме того, мы просим Вас уведомлять нас о любых изменениях страховой программы. Нам понадобится копия Вашей карты медицинского страхования, чтобы мы могли сделать копию карты или отсканировать ее и использовать для нашего внутреннего учета.

Не забывайте о том, что по условиям Вашей страховой программы могут требоваться какие-либо направления или подтверждения необходимости оказания медицинских услуг – такую информацию необходимо предоставлять до приема или оказания услуги. Если Вы не предоставляете данную информацию до оказания услуги, Вы берете на себя ответственность за оплату стоимости оказания услуг. Если у Вас есть какие-либо сомнения, обратитесь за разъяснениями непосредственно в свою страховую компанию.

Наши врачи работают со многими страховыми программами, однако каждый конкретный врач может работать с разными страховыми программами. Вы можете посмотреть список программ, в которых участвуют наши врачи, на нашем сайте (<http://nyulangone.org/doctors>). Прежде чем прийти на прием к врачу, Вам необходимо удостовериться, что Ваш врач работает с Вашей страховой программой, и услуги оплачиваются страховой компанией. Если Ваш врач не работает с Вашей страховой программой, счет за оказанные услуги поступит лично Вам. Если Вам требуется приблизительная оценка предстоящих расходов, мы будем рады ее предоставить. Мы также поможем Вам узнать, имеете ли Вы право на возврат выплат за пользование медицинскими услугами вне сети клиник Вашего плана страхования. Более подробная информация представлена ниже в политике об оказании услуг врачами, которые не работают с Вашей страховой компанией.

Сообщите нам на любом этапе, если Вы не хотите, чтобы мы подавали заявление о возмещении расходов по Вашему плану страхования.

Изменение адреса

В нашей системе учета должен быть зарегистрирован Ваш правильный адрес. Пожалуйста, сообщите нам в любое удобное для Вас время об изменениях адреса, телефона или другой контактной информации.

Совместные платежи/совместное страхование/нестрахуемый минимум

Оплата счетов по совместным платежам, совместному страхованию и/или нестрахуемому минимуму, если имеется информация о необходимости оплаты данных счетов, осуществляется во время оказания услуги.

Другие счета

В NYU Langone Medical Center Вы можете воспользоваться такими услугами, как анестезия, рентгенологическое исследование, лабораторные исследования и др. Эти врачи предоставляют важные услуги и участвуют в процессе медицинского обслуживания, даже если Вы не присутствуете при этом и ни разу не встречались с ними лично. За данные услуги может взиматься отдельная плата.

Кроме того, в NYU Langone Medical Center предоставляются варианты стационарного и амбулаторного больничного лечения. Если Вам необходимо стационарное лечение, Вы получите счет за оказание услуг из больницы. Больничные счета отправляются и оплачиваются независимо от счетов за оплату приемов врачей. Если у Вас возникли вопросы, Вы можете связаться с отделом приема платежей нашей больницы по телефону (800) 237-6977.

Платежи

Сумма, взимаемая за оказание медицинских услуг, подлежит оплате во время оказания услуг или после получения счета от нашего отдела приема платежей. Мы принимаем платежи наличными, чеками, денежными переводами или банковскими картами (*American Express, MasterCard, Visa u Discover*). За возврат чека взимается дополнительная плата в размере 20 долларов США. Мы не принимаем дорожные чеки.

В качестве услуги для наших клиентов мы осуществляем бесплатный звонок [напоминание об оплате по счету], возможны также другие важные звонки, которые могут осуществляться с помощью предварительно записанного сообщения. Сообщая Ваш номер мобильного телефона, Вы соглашаетесь на получение таких звонков по этому номеру.

Немедицинские расходы

Дополнительная плата может взиматься в следующих случаях:

- Возврат чеков
- Копирование медицинской документации
- Заполнение формы для инвалидов и других форм

Неявка на прием

Обычно для большинства визитов в клинику NYU Faculty Group Practice (FGP) требуется уведомление об отмене за 24 часа (1 рабочий день). В случае отмены процедур или операций может потребоваться уведомление за 48 часов (2 рабочих дня) до процедуры или операции. Обратите внимание, что выходные и праздники не считаются рабочими днями. Если Вы не являетесь на прием или не уведомляете нас об отмене приема, может взиматься дополнительная плата:

- | | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|
| • Консультация: | 50 долларов США | • Первичная консультация: | 75 долларов США |
| • Вторая консультация: | 75 долларов США | • Процедура/Операция | Согласно политике отделения |

Специалисты и учреждения, которые не работают с Вашей страховой компанией

Если врач не работает с Вашей страховой программой, действуют следующие условия:

- При проведении стандартного приема оплата полной суммы производится во время оказания услуг.

- Сумма предполагаемого платежа в день оказания услуг является примерным расчетом общей суммы Ваших расходов.
- Вам предоставят примерные расценки до оказания услуг/проведения процедур.
- При проведении некоторых операций и процедур требуется внести залог заранее, до дня оказания услуги.
- Несмотря на то что Ваша страховая компания предлагает покрытие стоимости услуг тех врачей, которые не работают с Вашей страховой компанией, Вы в конечном счете несете ответственность за выплату всей суммы.
- В зависимости от Вашей страховой программы, деньги за оказанные услуги могут направить лично Вам. Если Вы получаете такой платеж, то обязаны немедленно перенаправить его NYU Faculty Group Practice в счет возмещения средств, потраченных на оказание услуг.

Непокрываемые страхованием услуги

Пациенты Medicare. Medicare может не покрывать некоторые услуги, которые рекомендует врач. Вас поставят в известность о таком случае заранее и предоставят предварительное уведомление получателя страховой суммы, чтобы Вы могли ознакомиться с документом и подписать его. Данный документ поможет Вам принять решение относительно того, хотите ли Вы воспользоваться услугами, за которые Вы должны будете платить самостоятельно. Внимательно ознакомьтесь с этим документом!

Пациенты других программ медицинского страхования, не относящихся к Medicare. Вы несете ответственность за возмещение стоимости любых услуг, оплата которых не покрывается Вашей страховой программой. Оплата полной стоимости оказания услуг должна производиться во время оказания услуги или после получения счета.

Возврат средств

Возврат средств производится при обнаружении переплаты. Если Вы считаете, что мы должны вернуть Вам деньги, свяжитесь с нашим отделом приема платежей по телефону (877) 648-2964.

Неуплата

Если Вы не оплатите счет, Ваше дело может быть направлено во внешнее агентство по сбору платежей. Если Ваше дело будет направлено в агентство по сбору платежей, Вам необходимо связаться с таким агентством непосредственно, чтобы покрыть свою задолженность.

Изменение финансовой политики и суммы платежей

Настоящая финансовая политика и расценки могут измениться. Мы сделаем все, что в наших силах, чтобы проинформировать Вас о каких-либо изменениях.

Мы понимаем, что медицинское обслуживание может стоить дорого. Если Вы сомневаетесь в своей платежеспособности, Вы можете связаться с нами. Мы готовы посодействовать Вам в ведении Вашего счета. Если у Вас возникнут вопросы в отношении этой политики, не стесняйтесь задать их любому из наших менеджеров, чтобы узнать более подробную информацию, или позвоните в наш отдел приема платежей по номеру, указанному в Вашем платежном требовании.

**ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА ГРУППОВОЙ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА**

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

Я понимаю, что Школа медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine), мои лечащие врачи и их уполномоченные представители будут использовать и разглашать мою медицинскую информацию для всех целей, связанных с лечением, оплатой и медицинским уходом, к которым относятся, помимо прочего, предоставление информации, запрашиваемой моей страховой компанией (или страховщиком), и информации, необходимой для целей планирования выписки.

[I understand that NYU School of Medicine, my treating physicians and their respective designees, will use and disclose my health information for all purposes necessary for treatment, payment and health care operations, including but not limited to release of information requested by my insurance company (or carrier) and any information necessary for discharge planning purposes.]

- **ПЕРЕДАЧА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ:** Я разрешаю перечислять мои страховые выплаты непосредственно Школе медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine). Я понимаю, что несу финансовую ответственность за не покрываемые страховой услуги. Я разрешаю выдавать мою медицинскую или иную информацию, необходимую для рассмотрения предъявляемых ко мне претензий по страхованию.

[ASSIGNMENT OF INSURANCE: I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to NYU School of Medicine. I understand I am financially responsible for non-covered services. I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims on my behalf.]

- **ФИНАНСОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:** Я получил(а) копию финансовой политики Школы медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine) и согласен(а) с ее условиями. Я согласен(а) производить все выплаты, причитающиеся Школе медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine) за уход и лечение, включая дополнительные платежи и отчисления, указанные в моем плане лечения. Средства (при наличии таковых), выплачиваемые третьей стороной, поступают на счет. Я осознаю, что несу ответственность за все расходы (при наличии) в следующих случаях:

[FINANCIAL LIABILITY: I have been provided a copy of the NYU School of Medicine financial policies and agree to the specified terms. I hereby agree to pay all charges due (or to become due) to NYU School of Medicine for care and treatment, including co-payments and deductibles as provided under my plan. Benefits, if any, paid by a third party, will be credited on account. I understand that I will be responsible for any charges if any of the following apply:]

- Моя программа медицинского страхования требует предварительного направления от участкового терапевта на получение услуг в Школе медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine), и я не получил(а) такое направление, или я получаю услуги сверх направления и/или

[My health plan requires prior referral by a Primary Care Physician (PCP) before receiving services at NYU School of Medicine and I have not obtained such a referral or I receive services in excess of the referral, and/or]

- Согласно моей программе медицинского страхования, услуги, которые я получаю в Школе медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine), не показаны с медицинской точки зрения и/или не покрываются моей страховкой и/или

[My health plan determines that the services I receive at NYU School of Medicine are not medically necessary and/or not covered by my Insurance plan, and/or]

- Моя программа медицинского страхования стала недействительна на момент получения услуг в Школе медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine) и/или

[My health plan coverage has lapsed or expired at the time I receive services at NYU School of Medicine, and/or]

- Я решил(а) не использовать свою страховку и/или

[I have chosen not to use my health plan coverage, and/or]

- Врач, у которого я лечусь, не участвует в моей программе медицинского страхования.

[The physician I see does not participate with my health care plan.]

**ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА ГРУППОВОЙ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА**

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

- **ПОДПИСЬ В ДОКУМЕНТАЦИИ MEDICARE (только пациенты Medicare):** Я прошу, чтобы страховые выплаты Medicare осуществлялись либо мне, либо от моего имени всем поставщикам услуг, лечащим меня во время моего пребывания в больнице или оказывающим мне услуги. Я разрешаю владельцу моей медицинской и иной информации выдавать фонду Medicare и его агентам любую информацию, необходимую для определения таких выплат или выплат на сопутствующие услуги.

[MEDICARE SIGNATURE ON FILE (Medicare Patients Only): I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to all providers who treat me during my hospital stay or any services furnished to me by those providers. I authorize the holder of medical and other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.]

Номер пациента в Medicare _____ Подпись пациента _____

[Patient's Medicare Number]

[Patient Signature]

- **СОПУТСТВУЮЩИЕ УСЛУГИ:** Я понимаю, что могу получать сопутствующие услуги во время пребывания в Школе медицины при Нью-Йоркском университете (NYU School of Medicine), такие как анестезия, интерпретация данных кардиологических исследований, услуги диагностической визуализации (например, рентгенограмма, МРТ) и анализ патологических проб. Я понимаю, что некоторые врачи могут не предоставлять услуги в моем присутствии, а принимать активное участие в постановке диагноза и лечении. Я разрешаю производить выплаты непосредственно за такие услуги согласно полису (полисам) или программе (программам), выданной мне моим страховщиком. Я понимаю, что могу нести дополнительные расходы в результате таких сопутствующих услуг, и согласен(а) оплачивать все расходы, обусловленные такими услугами, в полном объеме после зачета выплат, осуществляемых от моего имени любым сторонним плательщиком.

[ANCILLARY SERVICES: I understand I may receive certain ancillary medical services while I am at NYU School of Medicine; such as, anesthesia, interpretation of cardiac tests, imaging services (e.g., x-rays, MRIs) and pathology specimen examination. I understand that some physicians may not provide services in my presence, but are actively involved in the course of diagnosis and treatment. I hereby authorize payment directly for these services under the policy(s) or plan(s) issued to me by my insurance carrier. I understand that I may incur additional charges as a result of these ancillary services; I agree to pay all charges due with respect to such services to the extent the charge is due after credit is given for benefits paid on my behalf by any third party payor.]

- **ОТМЕНА ПРИЕМА ИЛИ НЕЯВКА НА ПРИЕМ:** Я понимаю, что, исходя из политики отдельных врачебных кабинетов, я могу быть оштрафован(а), если не сообщу об отмене приема, как это требуется, или не явлюсь на прием без его предварительной отмены.

[CANCELED OR NO-SHOW APPOINTMENTS: I understand that based on the policy of individual physician offices I may incur a cancellation fee if I do not provide the required notice of cancellation, or if I do not keep my appointment and have not canceled.]

Я получил финансовую политику Групповой врачебной практики для пациентов. Я полностью понимаю вышеприведенную информацию.

[I have been provided the Faculty Group Practice Patient Financial Policies. I understand the information listed above which has been fully explained to me.]

**ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА ГРУППОВОЙ ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА**

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

Подпись пациента

[Patient Signature]

Дата

[Date]

Подпись поручителя

[Guarantor Signature]

Дата

[Date]



Faculty Group Practice
ФОРМА СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ УСТНОГО
ПЕРЕВОДА

Я понимаю правила NYU Faculty Group Practice по обеспечению равного доступа для всех пациентов. Это может включать в себя использование профессиональных переводчиков для того, чтобы пациенты и члены их семей, предпочитающие обсуждать вопросы медицинского обслуживания не на английском языке, могли эффективно общаться со своим врачом. Я понимаю, что мне не придется платить за эти услуги.

[I understand the NYU Faculty Group Practice's policies to ensure equal access to all patients. This may include the use of professional interpreters so patients and families who prefer to communicate their healthcare in a language other than English and their doctor can communicate effectively. I understand that I do not have to pay for these services.]

Я соглашаюсь с присутствием профессионального переводчика на моих встречах с врачом, связанных с обсуждением медицинской информации. Я понимаю, что переводчик следует кодексу профессиональной этики, поэтому вся информация, обсуждаемая с моим врачом или его сотрудниками, является конфиденциальной.

[I agree to having a professional interpreter present when I meet with my doctor to discuss medical information. I understand that the interpreter follows a professional code of ethics which means that all information discussed with my doctor or his staff is confidential]



Faculty Group Practice
ФОРМА СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ УСТНОГО
ПЕРЕВОДА

Мой предпочитаемый язык:
[My preferred language is]

Имя и фамилия переводчика:
[Interpreter Name]

Имя и фамилия печатными буквами
[Print Name]

Вид услуг устного перевода:
[Interpreter Provided]

По телефону
[Telephonic]

Лично
[Face to Face]

Разрешение получено от:
[Permission Given by]

Имя и фамилия пациента или родителя/опекуна печатными буквами
[Print Name of Patient or Parent/Guardian]

Подпись родителя или опекуна
[Signature of Parent or Guardian]

Дата:
[Date]

В присутствии:
[Witnessed by]

Представитель Practice (имя, фамилия и должность)
[Practice Representative – Name & Title]



NYU Langone Medical Center

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией [Notice of Privacy Practices]

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.

Мы беспокоимся о сохранении конфиденциальности Вашей информации

NYU Langone Medical Center («NYU Langone») обязуется поддерживать конфиденциальность Вашей медицинской информации. Мы храним Вашу медицинскую информацию в защищенном (безопасном) электронном архиве. Мы будем использовать или разглашать (передавать) Вашу медицинскую информацию только как описано в данном уведомлении. Вам будет предложено подписать подтверждение того, что Вы получили данное уведомление.

Кто будет выполнять положения данного уведомления

Указанной политики конфиденциальности придерживаются все сотрудники, медицинский персонал, стажеры, студенты, волонтеры и агенты NYU Langone, действующие в нижеперечисленных местах. NYU Langone включает следующее:

- NYU Hospitals Center («NYUHC»)
 - Tisch Hospital
 - Rusk Rehabilitation
 - Hospital for Joint Diseases
 - NYU Lutheran Medical Center
 - все другие места, перечисленные в действующем сертификате NYUHC
- NYU School of Medicine (Faculty Group Practices)
- Lutheran Augustana CECR
- Lutheran Certified Home Health Agency
- Community Care Organization
- Southwest Brooklyn Dental Practice

Положений этого уведомления также придерживаются в центрах NYU Lutheran Family Health Centers, которые подпадают под действие договора Organized Health Care Arrangement с NYU Langone.

Если медицинские работники NYU Langone предоставляют Вам лечение или услуги в других местах, например, в центре Manhattan VA Medical Center или Bellevue Hospital Center, будет применяться переданное Вам уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией.

Использование или разглашение Вашей информации

NYU Langone Medical Center

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией [Notice of Privacy Practices]

В этом разделе описываются различные возможные варианты использования и передачи информации о Вас. Обычно мы будем связываться с Вами для этих целей по телефону, но если Вы дали нам свой адрес электронной почты или разрешили отправить Вам текстовое сообщение, мы можем использовать эти каналы связи с Вами.

Мы будем главным образом использовать и передавать информацию о Вас для целей лечения, оплаты и осуществления необходимых процедур здравоохранения. Это означает, что мы используем и передаем Вашу медицинскую информацию:

- другим врачам, которые занимаются Вашим лечением, или аптеке, которая отпускает Вам лекарственные препараты.
- по Вашему плану медицинского страхования для получения предварительного одобрения Вашего лечения или для получения оплаты за медицинские услуги, а также
- чтобы вести наш бизнес, улучшать уход за Вами, обучать наших специалистов и оценивать нашу деятельность как поставщика услуг.

Иногда мы можем предоставлять Вашу информацию нашим коллегам, например, экономистам, которые помогают нам в осуществлении наших бизнес-операций. Все наши деловые партнеры обязаны соблюдать конфиденциальность и безопасность Вашей медицинской информации также, как это делаем мы.

Мы также можем использовать или передавать Вашу информацию, чтобы связаться с Вами:

- по поводу связанных с охраной здоровья преимуществ или услуг;
- по поводу Ваших предстоящих визитов к врачам;
- чтобы узнать, не хотели бы Вы принять участие в научно-исследовательских проектах;
- по поводу сбора средств для NYU Langone.

Вы имеете право отказаться от контактов по поводу сбора средств. Вы можете сделать это, обратившись в Отдел NYU Langone по вопросам развития (NYU Langone Development Office) по адресу developmentoffice@nyumc.org, по телефону 212-404-3640 или по бесплатному телефону 1-800-422-4483.

Если Вы не хотите, чтобы Вас уведомляли о научных проектах, в которых Вы могли бы участвовать, Вы можете обратиться по адресу research-contact-optout@nyumc.org или по тел. 1-855-777-7858.

Если мы используем или обмениваемся деликатной медицинской информацией, применяются особые способы защиты. Это относится к информации, связанной с ВИЧ-инфицированием, о психическом здоровье, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, а также генетической информации. Например, в соответствии с Законом штата Нью-Йорк, конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ, можно передавать исключительно лицам, имеющим право на ее

NYU Langone Medical Center

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией [Notice of Privacy Practices]

получение по закону, либо лицам, которым Вы разрешили передавать ее, подписав особое разрешение. Если Ваше лечение включает эту информацию, Вы можете связаться с сотрудником по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) для получения дальнейших разъяснений.

Нам также разрешено и иногда требуется по закону предоставлять информацию о Вас и в других отношениях. Прежде чем мы сможем передавать Вашу информацию, мы вынуждены выполнить многие условия по закону при следующих обстоятельствах. Некоторые примеры таких обстоятельств:

- Общественное здравоохранение и безопасность: отчетность по заболеваниям, рождаемости или смертности; отчетность по случаям подозреваемых злоупотреблений и неоказания помощи или бытового насилия; чтобы избежать серьезной угрозы здоровью или общественной безопасности; слежение за отзывными акциями в отношении того или иного препарата; представление информации в отношении безопасности и качества препарата.
- Научные исследования: анализ медицинских записей по проектам, которые были утверждены нашим Советом по Институциональному Обзору (СИО) и имеют низкий уровень риска для Вашей конфиденциальности; подготовка к проведению исследования; исследования, где используется информация только по умершим.
- Судебные и административные процедуры: передача информации для суда или в административном порядке.
- Компенсация работникам и другие требования правительства: осуществление компенсационных выплат по искам или проведение соответствующих слушаний; санкционированная законом надзорная деятельность в области здравоохранения; специальные функции правительства (военная, обеспечение национальной безопасности).
- Деятельность правоохранительных органов: взаимодействие с представителями правоохранительных органов, чтобы определить или найти подозреваемого или пропавшего без вести человека.
- Соблюдение закона: взаимодействие с департаментом здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services) на предмет проверки соблюдения нами федерального закона о конфиденциальности.
- Помощь в случае стихийных бедствий: передача информации о Вашем местоположении и общем расположении для целей уведомления родственников, друзей и учреждений, санкционированных законом для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях.
- Взаимодействие с организациями, занимающимися донорством или трансплантацией органов или тканей (в т.ч. роговицы глаза).
- Взаимодействие с коронером (следователем, ведущим дело о насильственной или внезапной смерти), судмедэкспертом или устроителем похорон, насколько это необходимо для выполнения их функций.
- Несущественное допустимое использование или раскрытие информации: вызов (объявление) Вашего имени в зоне ожидания приема у врача и других зонах ожидания, где могут

NYU Langone Medical Center

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией [Notice of Privacy Practices]

услышать Ваше имя. Мы прилагаем разумные усилия для ограничения этих случаев несущественного использования и раскрытия информации.

В нижеуказанных ситуациях мы можем использовать или передавать Вашу информацию, если только Вы не возражаете или если Вы специально дали нам такое разрешение. Если по некоторым причинам Вы не сможете сообщить нам о своих предпочтениях, например, находясь в бессознательном состоянии, мы можем передавать Вашу информацию, если посчитаем, что это также в Ваших интересах.

- Для нашего каталога пациентов, в том числе в нашу службу священнослужителей (chaplaincy services department), например, иерею или раввину.
- Членам Вашей семьи и друзьям или тем, кто участвует в уходе за Вами или оплачивает уход за Вами.

В следующих ситуациях мы будем использовать или разглашать информацию, только если Вы даете нам соответствующее разрешение:

- Для маркетинговых целей
- Продажа Вашей информации или платежи от третьей стороны
- Большинство случаев обмена по вопросам психотерапии
- По любым другим причинам, не описанным в данном уведомлении

Обратившись к сотруднику по вопросам конфиденциальности, Вы можете аннулировать (отозвать) разрешение, за исключением тех случаев, когда мы уже положились на него.

Ваши права

Когда речь заходит о Вашей медицинской информации, Вы можете иметь определенные права. Вы можете:

- Просматривать или получать электронные или бумажные копии медицинских записей, в том числе записи для выставления счета. С Вас могут взыскать оплату разумных расходов, не превышающих 75 центов за одну страницу бумажной копии, или разумных расходов на предоставление электронных средств хранения записей (плюс почтовые расходы, если Вы запросите отправку Ваших записей по почте). Записи будут предоставляться в течение 3-10 дней после Вашего запроса. В случае любых задержек мы будем сообщать Вам. Вы также можете получить прямой доступ к Вашей медицинской информации с помощью нашего защищенного портала для доступа пациентов MyChart в NYU Langone на сайте <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Запрос конфиденциальных сообщений. Вы можете попросить нас связываться с Вами определенным образом, например, по сотовому телефону. Мы будем отвечать «да» на все Ваши разумные просьбы.
- Просить нас ограничить используемую или передаваемую нами информацию вопросами Вашего лечения, оплаты и процедур здравоохранения. Мы не обязаны согласиться на Вашу

NYU Langone Medical Center

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией [Notice of Privacy Practices]

просьбу, но мы будем учитывать ее. Когда Вы оплачиваете услуги за наличный расчёт в полном объеме и просите нас не вносить эту информацию в Ваш план медицинского страхования, мы согласны, если только закон не требует от нас передавать эту информацию.

- Просить нас исправить Ваши медицинские записи, если они неточны или неполны. Мы можем ответить отказом на Ваш запрос, но в течение 60 дней мы сообщим Вам причину отказа в письменном виде.
- Получить список тех, с кем мы делимся информацией. Вы можете запросить перечень (учетную форму) случаев передачи Вашей информации с указанием причин, давностью до шести лет от момента Вашего запроса. В этот перечень будут включены не все эпизоды разглашений, например, касающиеся вопросов Вашего лечения, оплаты и процедур здравоохранения. У Вас есть право на получение этого перечня один раз в 12 месяцев бесплатно, но в течение указанного времени мы можем за плату предоставлять Вам дополнительные перечни.
- Получить копию данного уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией. Просто спросите у нас, и мы предоставим Вам копию в желаемом формате (бумажном или электронном).
- Выбирать представителя, действующего от Вашего имени. Этот «личный представитель» может реализовывать Ваши права и делать выбор в отношении Вашей медицинской информации. Если несовершеннолетнему законом не разрешается действовать от своего собственного имени, обычно его права реализуют родители или опекуны.
- Подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права были нарушены. Вы также можете обратиться к сотруднику по вопросам конфиденциальности NYU Langone или секретарю Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Мы не будем предпринимать репрессивных мер или подавать иск против Вас за написание жалобы.
- Запросить дополнительную защиту конфиденциальности в отношении Ваших электронных медицинских записей.

Наши обязанности

- Мы по закону обязаны поддерживать конфиденциальность Вашей защищенной медицинской информации.
- Мы будем сообщать Вам в случае возникновения ситуаций, которые могут поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность информации, позволяющей идентифицировать Вас.
- Мы должны следовать практике, описанной в данном уведомлении, и выдать Вам его копию.
- Мы оставляем за собой право изменять положения данного уведомления, и эти изменения будут применены ко всей имеющейся у нас информации о Вас. Новая редакция уведомления будет доступна по запросу и на нашем сайте www.nyulangone.org.



NYU Langone Medical Center

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией [Notice of Privacy Practices]

Возможные вопросы или проблемы

Если у Вас возник вопрос или Вы хотели бы осуществить свои права, описанные в данном уведомлении, обращайтесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, по телефону 1-877-PHI-LOSS или 212-404-4079 или по электронной почте compliance.help@nyumc.org.

Большинство запросов по поводу осуществления своих прав должно подаваться в письменном виде сотруднику по вопросам конфиденциальности или в соответствующий кабинет врача или отделение больницы. Для получения более подробной информации или получения формы запроса обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности или посетите страничку <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Настоящее уведомление вступает в силу 01 января 2016 г.



NYU Langone Medical Center
Уведомление о порядке обращения
с конфиденциальной информацией
[Notice of Privacy Practices]

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ
С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ
[NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT FORM]

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что я получил(а) экземпляр уведомления NYU Langone Medical Center о порядке обращения с конфиденциальной информацией.

[By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of NYU Langone Medical Center's Notice of Privacy Practices.]

Имя и фамилия пациента [Patient Name]: _____

Подпись [Signature]: _____ **Дата [Date]:** _____

Ф.И.О. личного представителя (если применимо): _____
[Personal Representative's Name (if applicable)]

Полномочия личного представителя (например: родитель, опекун, лицо, которому выдана доверенность о принятии решений о лечении):
[Personal Representative's Authority (e.g., parent, guardian, health care proxy)]

Вступает в силу 01 января 2016 г.
[Effective as of 01/01/2016.]



ГРУППОВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ [FACULTY GROUP PRACTICE] ИНФОРМАЦИЯ О СЧЕТАХ ОТ ЛАБОРАТОРИИ

Мы благодарим Вас за то, что Вы обратились в медицинскую группу Групповые врачебные практики [Faculty Group Practice] NYU Langone Medical Center. Все образцы, направленные на исследование университетом NYU, поступают в амбулаторную лабораторию центра NYU Langone Medical Center. Амбулаторная лаборатория – это подразделение больницы. Стоимость услуг лаборатории не включается в счет от врача; лаборатория направляет отдельный счет. Лаборатория центра NYU Langone Medical Center сотрудничает с большинством страховых планов, однако некоторые планы предполагают обращение за услугами в конкретные лаборатории. Вам следует знать, какие услуги лаборатории покрывает Ваш страховой план, поскольку план может требовать от Вас оплаты части стоимости оказанных Вам услуг или предоставлять страховое покрытие таких услуг только после того, как Вы самостоятельно уплатите определенную сумму. Вы должны понимать, какие льготы предоставляет Ваш страховой план, и при каждом посещении сообщать нашим сотрудникам и врачам, услугами какой лаборатории Вы предпочитаете пользоваться. Взятые у Вас образцы мы пошлем в выбранную Вами лабораторию.

Если у Вас есть вопросы, наши сотрудники либо ответят на них, либо направят Вас в Вашу страховую компанию.

**NYULMC HIE, Care Everywhere и Healthix
Информационный листок
[NYULMC HIE, Care Everywhere and Healthix
Fact Sheet]**

Сведения о хранящейся в NYULMC HIE, Care Everywhere и Healthix информации о пациенте и процесс получения согласия:

[Details about patient information in the NYULMC HIE, Care Everywhere and Healthix and the consent process:]

1. Как будут использовать Вашу информацию. Пользователи службы обмена медицинской информацией [HIE] и сети Care Everywhere будут использовать Вашу электронную медицинскую информацию только для следующих целей:

[How Your Information Will be Used. Your electronic health information will be used by the HIE Participants and Care Everywhere Providers only to:]

- Предоставления Вам лечения и сопутствующих услуг.
[Provide you with medical treatment and related services.]
- Проверки наличия у Вас медицинской страховки и объема ее покрытия.
[Check whether you have health insurance and what it covers.]
- Оценки и повышения качества медицинского ухода, оказываемого всем пациентам.
[Evaluate and improve the quality of medical care provided to all patients.]

Если иное не предусмотрено законодательством штата и федеральными законами и если служба Healthix разрешает это, то медицинские страховые планы NYULMC могут получить доступ к Вашей электронной медицинской информации и использовать ее только для следующих целей:

[Unless otherwise permitted by State and Federal law and if permitted by Healthix, your electronic health information shall be disclosed, accessed and used by NYULMC healthcare insurance plans only to:]

- Координация медицинской помощи. Эта деятельность включает содействие Вам в получении необходимой медицинской помощи, повышение качества оказываемых Вам медицинских услуг, координацию действий лечащих Вас медиков, помощь в соблюдении плана лечения.
[Provide Care Management Activities. These include assisting you in obtaining appropriate medical care, improving the quality of healthcare services provided to you, coordinating the provision of multiple health care services provided to you, or supporting you in following a plan of medical care.]
- Повышение качества медицинских услуг. Эта деятельность включает проверку качества медицинской помощи, которую получаете Вы и другие пациенты медицинского центра NYULMC, а также улучшение медицинского обслуживания.
[Provide Quality Improvement Activities. These include evaluating and improving the quality of medical care provided to you and all NYULMC patients and members.]

ПРИМЕЧАНИЕ. Независимо от выбора, сделанного Вами при подписании этой Формы согласия, медицинские страховщики НЕ имеют права доступа к Вашей информации, если она необходима им для принятия решения о предоставлении Вам страховки или об оплате Ваших счетов. Свой выбор Вы указываете в отдельной Форме согласия. Соблюдение положений этого документа обязательно для медицинских страховщиков.

[NOTE: The choice you make in this Consent Form does NOT allow health insurers to have access to your information for the purpose of deciding whether to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate Consent Form that health insurers must use.]

2. **Какая информация о Вас хранится в электронной системе.** Если Вы дадите на это свое согласие, пользователи службы HIE и поставщики медицинских услуг сети Care Everywhere будут иметь доступ ко ВСЕЙ Вашей медицинской информации, доступной через службу NYULMC HIE, а все сотрудники, представители и медицинский персонал NYU Hospitals Center будут иметь доступ ко ВСЕЙ Вашей медицинской информации, доступной через службу Healthix. Эта информация будет включать данные, внесенные в систему как до, так и после подписания Вами этой Формы согласия. Ваша медицинская документация может содержать информацию о Ваших болезнях и травмах (например, о сахарном диабете или переломе), результаты анализов и обследований (например, рентген или анализы крови) и названия лекарств, которые Вы принимали. Медицинская документация может содержать конфиденциальные сведения о состоянии здоровья, в том числе о:

[What Types of Information About You Are Included. If you give consent, the HIE Participants and Care Everywhere Providers may access ALL of your electronic health information available through the NYULMC HIE and all employees, agents and members of the medical staff of NYU Hospitals Center may access ALL of your electronic health information available through Healthix. This includes information created before and after the date of this Consent Form. Your health records may include a history of illnesses or injuries you have had (like diabetes or a broken bone), test results (like X-rays or blood tests), and lists of medicines you have taken. This information may relate to sensitive health conditions, including but not limited to:]

• Злоупотреблении алкоголем или наркотиками [Alcohol or drug use problems]	• Психических расстройств [Mental health conditions]
• Контрацепции и абортах (планирование семьи) [Birth control and abortion (family planning)]	• ВИЧ/СПИД [HIV/AIDS]
• Генетических (наследственных) заболеваний или анализах [Genetic (inherited) diseases or tests]	• Заболеваниях, передающиеся половым путем. [Sexually transmitted diseases]

3. **Откуда поступает Ваша информация.** Ваша информация поступает из лечебных учреждений и компаний медицинского страхования («источники информации»). К числу источников информации относятся больницы, врачи, аптеки, лаборатории, медицинские страховщики, программа Medicaid и другие организации системы здравоохранения, которые обмениваются медицинской информацией в электронном виде. Полный перечень источников информации, которыми в настоящее время пользуется служба HIE, можно получить в NYU Hospitals Center или у своего поставщика медицинских услуг, который является пользователем службы HIE. Обновленный перечень источников информации Вы всегда можете найти на сайте NYULMC HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Вы можете написать сотруднику NYULMC HIE, отвечающему за соблюдение конфиденциальности [NYULMC HIE Privacy Officer], по адресу: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 или по телефону: 212-404-4079. Полный перечень источников информации, которыми в настоящее время пользуется служба Healthix, можно получить в Healthix или найти на сайте Healthix <http://www.healthix.org>. Кроме того, Вы можете позвонить в Healthix по телефону 877-695-4749.

[Where Health Information About You Comes From. Information about you comes from places that have provided you with medical care or health insurance ("Information Sources"). These may include hospitals, physicians, pharmacies, clinical laboratories, health insurers, the Medicaid program, and other ehealth organizations that exchange health information electronically. A complete list of current HIE Information Sources is available from NYU Hospitals Center or your HIE Participant health care provider, as applicable. You can obtain an updated list of Information Sources at any time by checking the NYULMC HIE website <http://health-connect.med.nyu.edu/>. You can contact the NYULMC HIE Privacy Officer by writing to: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 or calling: 212-404-4079. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling Healthix at 877-695-4749.]

4. **Кто получит доступ к Вашей информации в случае Вашего на то согласия.** Ваша информация доступна только врачам и другим медицинским работникам, сотрудничающим с утвержденным пользователем сети HIE и оказывающим Вам помощь поставщиком медицинских услуг сети Care Everywhere; медицинским работникам, которые замещают или дежурят за врачей учреждения, являющегося пользователем службы HIE, или врачам, пользующимся услугами службы Care Everywhere; сотрудникам учреждения, являющегося утвержденным пользователем службы HIE и поставщикам медицинских услуг сети Care Everywhere, которые выполняют приведенные в пункте один действия, если это разрешено подписанной Вами Формой согласия.

[Who May Access Information About You, If You Give Consent. Only these people may access information about you: doctors and other health care providers who serve on the medical staff of an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider who are involved in your medical care; health care providers who are covering or on call for an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider's doctors; designated staff involved in quality improvement or care management activities; and staff members of an approved HIE Participant or Care Everywhere Provider who carry out activities permitted by this Consent Form as described above in paragraph one.]

5. **Наказания за несанкционированный доступ к информации и за ненадлежащее ее использование.** За несанкционированный доступ к Вашей электронной медицинской информации и за ненадлежащее ее использование предусмотрены наказания. Если у Вас возникнет подозрение, что лицо, не имеющее права доступа к Вашей информации, с ней ознакомилось, позвоните в медицинское учреждение, которое пользуется службой HIE, или поставщику медицинских услуг сети Care Everywhere, которому Вы разрешили доступ к Вашей информации; Вы можете это сделать в любое время. Кроме того, Вы можете воспользоваться сайтом NYULMC HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/> или позвонить в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк [NYS Department of Health] по телефону 877-690-2211. Если у Вас возникнет подозрение, что лицо, не имеющее права доступа к Вашей информации, с ней ознакомилось через службу Healthix, позвоните в службу Healthix по телефону: 877-695-4749. Кроме того, Вы можете воспользоваться сайтом службы Healthix <http://www.healthix.org>, или позвонить в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк [NYS Department of Health] по телефону 877-690-2211.

[Penalties for Improper Access to or Use of Your Information. There are penalties for inappropriate access to or use of your electronic health information. If at any time you suspect that someone who should not have seen or gotten access to information about you has done so, call one of the HIE Participants or Care Everywhere Providers you have approved to access your records; visit the NYULMC HIE website: <http://health-connect.med.nyu.edu/> or call the NYS Department of Health at 877-690-2211. If at any time you suspect that someone should not have seen or gotten access to information about you has done so through Healthix, call Healthix at: 877-695-4749; or visit Healthix's website: <http://www.healthix.org>; or call the NYS Department of Health at 877-690-2211.]

6. **Дальнейшее раскрытие информации.** Любая Ваша электронная медицинская информация может быть раскрыта пользователем службы HIE или поставщиком медицинских услуг сети Care Everywhere только в той мере, в которой это разрешено федеральным законодательством и законодательством штата. Это относится также к Вашей медицинской информации, хранящейся в виде бумажных документов. Как было сказано выше в пункте 2, если Вы дадите свое согласие, то доступ ко ВСЕЙ Вашей электронной медицинской информации, в том числе к особо деликатным сведениям, будет возможен через службы NYULMC HIE и Healthix. Некоторые федеральные законы и законы штата обеспечивают особую защиту определенных видов деликатной медицинской информации: (i) тестирование, лечение и обследования, проводимые определенными специалистами и учреждениями; (ii) ВИЧ/СПИД; (iii) психические заболевания; (iv) умственная отсталость и нарушения развития; (v) злоупотреблением алкоголем и наркотиками; (vi) генетические обследования на предрасположенность к определенным заболеваниям. Требования этих законов обязательны для всех получателей деликатной медицинской информации. Службы NYULMC HIE, Healthix и лица, пользующиеся услугами сети Care Everywhere, у которых есть доступ к этим обменам медицинской информацией, обязаны соблюдать эти требования.

[Re-disclosure of Information. Any electronic health information about you may be re-disclosed by an HIE Participant or Care Everywhere Provider to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. This is also true for health information about you that exists in a paper form. As stated in #2 above, if you give consent, ALL of your electronic health information, including sensitive health information will be available through the NYULMC HIE and Healthix. Some state and federal laws provide special protections for some kinds of sensitive health information, including related to: (i) your assessment, treatment or examination of a health condition by certain providers; (ii) HIV/AIDS; (iii) mental illness; (iv) mental retardation and developmental disabilities; (v) substance abuse; and (vi) predisposition genetic testing. Their special requirements must be followed whenever people receive these kinds of sensitive health information. The NYULMC HIE, Healthix and persons, including Care Everywhere Providers, who access this information through these health information exchanges must comply with these requirements.]

7. **Срок действия.** Данная форма согласия действует до тех пор, пока Вы не отзовете свое согласие или пока NYULMC HIE не прекратит свое существование, или в течение 50 лет после смерти в зависимости от того, какое из этих событий наступит позже.

[**Effective Period.** This Consent Form will remain in effect until the day you withdraw your consent or until such time the NYULMC HIE ceases operation, or until 50 years after your death, whichever is later.]

8. **Отзыв согласия.** Вы можете в любое время отозвать свое согласие. Для этого Вам следует подписать новую Форму информированного согласия и отметить пункт «**Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ДАТЬ СОГЛАСИЕ**». Эти формы можно найти на сайте NYULMC HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Заполненную форму следует отправить факсом по номеру 917-829-2096 или передать своему врачу.

[**Withdrawing Your Consent.** You can withdraw your consent at any time by signing a new Consent Form and selecting **I DENY CONSENT**. You can get these forms on the NYULMC HIE website <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Once completed please fax to 917-829-2096 or submit to your provider.]

Примечание. Пока действует Ваше согласие, организации, в том числе поставщики медицинских услуг сети Care Everywhere, которые получают доступ к Вашей информации через службы NYULMC HIE и (или) Healthix, могут копировать Вашу информацию и включать ее в свою собственную медицинскую документацию. Даже если впоследствии Вы решите отозвать свое согласие, эти организации не будут обязаны возвращать такую информацию и удалять ее из своей документации.

[**Note: Organizations, including Care Everywhere Providers, that access your health information through the NYULMC HIE and/or Healthix while your consent is in effect may copy or include your information in their own medical records. Even if you later decide to withdraw your consent, they are not required to return it or remove it from their records.**]

9. **Отказ от выбора (вы не отметили ни один из Вариантов).** Если Вы не выбрали вариант «**Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ДАТЬ СОГЛАСИЕ**», законодательство штата Нью-Йорк разрешает лицам, оказывающим Вам экстренную помощь, получать доступ к Вашей медицинской информации, в том числе к той, которая доступна через службу NYULMC HIE. Если Вы не выбрали ни один из вариантов, то в соответствии с законами штата Нью-Йорк Вашу информацию будут раскрывать только в тех случаях, когда Вам будет необходима экстренная помощь.

[**Refusing to Check a Box (make a choice).** Unless you check the “**I DENY CONSENT**” box, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the NYULMC HIE. If you do not make a choice, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.]

10. **Копия Формы.** Вы имеете право получить копию этой Формы согласия после ее подписания.

[**Copy of Form.** You are entitled to get a copy of this Consent Form after you sign it.]

11. **Чем опасен для Вас отказ дать согласие.** Если Вы отказываетесь предоставить пользователям службы HIE и поставщикам медицинских услуг сети Care Everywhere право доступа к Вашей информации через службы NYULMC HIE и Healthix, то лечащие Вас поставщики медицинских услуг не смогут своевременно получать важную медицинскую информацию, внесенную в систему до Вашего к ним обращения.

[**Risks of Denying Consent.** If you deny consent for HIE Participants and Care Everywhere Providers to access your information through the NYULMC HIE and Healthix, your healthcare providers may not be able to access critical health information about you, obtained during a prior encounter, in a timely manner.]

**ОБМЕН МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ,
CARE EVERYWHERE И HEALTHIX
ФОРМА СОГЛАСИЯ
[HEALTH INFORMATION EXCHANGE,
CARE EVERYWHERE AND HEALTHIX
CONSENT FORM]**

В этой Форме согласия Вы можете указать, разрешаете ли Вы поставщикам медицинских услуг, указанным на сайте службы обмена медицинской информацией [Health Information Exchange] NYU Langone Medical Center (NYULMC HIE) <http://health-connect.med.nyu.edu/> («пользователи службы HIE»), а также не связанным с NYU поставщикам медицинских услуг, которым может понадобиться доступ к Вашей медицинской документации для Вашего лечения («поставщики медицинских услуг сети Care Everywhere»), доступ к Вашей медицинской документации с помощью компьютерной сети, которой управляет служба NYULMC HIE. Для того чтобы поставщики медицинских услуг сети Care Everywhere знали о доступности для них Вашей информации через систему NYULMC HIE, Вам следует сообщить им о том, что Вы были или являетесь пациентом пользователя службы HIE и что нужную информацию можно получить по запросу. Это позволит собирать медицинскую информацию, полученную о Вас в разных местах, где Вы получали медицинскую помощь, и предоставлять ее в электронном виде лечащим Вас поставщикам медицинских услуг.

[In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Medical Center Health Information Exchange ("NYULMC HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU health care providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the NYULMC HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the NYULMC HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available electronically to the providers treating you.]

Кроме того, в этой Форме согласия Вы можете указать, разрешаете ли Вы сотрудникам, представителям и персоналу NYU Hospitals Center доступ к Вашей электронной медицинской документации через службу Healthix — эта служба представляет собой сеть обмена медицинской информацией или региональную организацию по управлению медицинской информацией [Regional Health Information Organization, RHIO] и является некоммерческой организацией, зарегистрированной в штате Нью-Йорк. Кроме того, Ваше разрешение позволит собирать медицинскую информацию о Вас из разных мест, где Вы получали медицинскую помощь, и предоставлять ее в электронном виде лечащим Вас поставщикам медицинских услуг. Этим согласием Вы также разрешаете любой программе NYU Langone Medical Center, пациентом или клиентом которой Вы являетесь, использовать Вашу медицинскую информацию, полученную от других поставщиков медицинских услуг, которые имеют право раскрывать ее через службу Healthix. Полный перечень источников информации, которыми в настоящее время пользуется служба Healthix, можно получить в Healthix или найти на сайте Healthix <http://www.healthix.org>. Кроме того, Вы можете позвонить в Healthix по телефону 877-695-4749. Если Вы попросите своего врача, он распечатает для Вас этот перечень с сайта службы Healthix.

[You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staff of NYU Hospitals Center to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization (RHIO), a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Medical Center program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling Healthix at 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from the Healthix website.]

ВАШ ВЫБОР НЕ ПОВЛИЯЕТ НА ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ ВАС МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ВАШЕ РЕШЕНИЕ ПРЕДОСТАВИТЬ ИЛИ НЕ ПРЕДОСТАВИТЬ СОГЛАСИЕ НЕ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОТКАЗА В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

[YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.]

Службы NYULMC HIE и Healthix обмениваются медицинской информацией пациентов в электронном виде с соблюдением конфиденциальности, что позволяет повысить качество медицинских услуг. Такой вид обмена называется электронной медициной или медицинской информационной технологией. Подробная информация об электронных услугах в области медицины в штате Нью-Йорк представлена в брошюре «Лучше знать — лучше лечить!» [Better Information Means Better Care]. Вы можете получить ее у своего врача или найти на веб-сайте www.ehealth4ny.org.

[The NYULMC HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology (health IT). To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care." You can ask your health care provider for it, or go to the website www.ehealth4ny.org.]

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТОК.

[PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION.]

Варианты согласия. Вы можете заполнить форму сейчас или позже. У Вас есть два варианта на выбор: Поставьте галочку в клетке 1 или 2:

[Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Please check one box ☒ below:]

☐

1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы ВСЕ пользователи службы HIE, приведенные на сайте NYULMC HIE, и поставщики медицинских услуг сети Care Everywhere имели доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через службу NYULMC HIE; кроме того, Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы ВСЕ сотрудники, представители и медицинские работники NYU Hospitals Center имели доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через службу HEALTHIX и пользовались этим правом для выполнения разрешенных видов деятельности, приведенных в информационном листке и включающих оказание мне любой медицинской помощи, в том числе экстренной помощи.

[1. I GIVE CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the NYULMC HIE website and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the NYULMC HIE and I GIVE CONSENT to ALL employees, agents and members of the medical staff of NYU Hospitals Center to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.]

☐

2. Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ДАТЬ СОГЛАСИЕ и не разрешаю НИ ОДНОМУ пользователю службы HIE из числа приведенных на сайте NYULMC HIE и НИ ОДНОМУ из поставщиков медицинских услуг сети Care Everywhere, знакомиться с моей электронной медицинской информацией через службу NYULMC HIE или службу HEALTHIX; я не даю им этого разрешения независимо от того, для чего им нужна эта информация, даже если она им необходима для оказания мне экстренной помощи.

[2. I DENY CONSENT to ALL of the HIE Participants listed on the NYULMC HIE website and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the NYULMC HIE or HEALTHIX for any purpose, even in a medical emergency.]

Примечание. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОСТАВИЛИ ГАЛОЧКУ НАПРОТИВ «Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ДАТЬ СОГЛАСИЕ», закон штата Нью-Йорк разрешает лицам, оказывающим вам неотложную помощь, осуществлять доступ к вашим медицинским записям, включая записи, доступные посредством NYULMC HIE. ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБРАЛИ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ, то в соответствии с законами штата Нью-Йорк Вашу информацию будут раскрывать только в тех случаях, когда Вам будет необходима экстренная помощь.

[NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the NYULMC HIE. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.]

Полное имя пациента ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
[PRINT Name of Patient]

Дата рождения пациента
[Patient Date of Birth]

Подпись пациента или законного представителя пациента
[Signature of Patient or Patient's Legal Representative]

Дата
[Date]

Полное имя законного представителя (если применимо)
[Print Name of Legal Representative (if applicable)]

Кем законный представитель
приходится пациенту (если применимо)
[Relationship of Legal Representative to Patient
(if applicable)]

Please Fax signed consents to: **917-829-2096**

ПРЕДЛОЖЕНИЕ СДАТЬ АНАЛИЗЫ НА ВИЧ

Закон о здравоохранении штата Нью-Йорк требует от медицинских работников предлагать пациентам в возрасте от 13 до 64 лет сдать анализы на ВИЧ; если есть указания на возможность заражения, сдать анализы предлагается также пациентам других возрастов. Требования этого закона распространяются на следующие медицинские учреждения: подразделение для стационарных больных в больнице общего типа, отделение экстренной помощи в больнице общего типа, отделение первичной медицинской помощи (диагностика и лечение) в подразделении для амбулаторных больных в больнице общего типа, кабинет оказывающего первичную помощь врача, практикующего в частном порядке. Предложение сдать анализы на ВИЧ можно не делать, если пациент находится в экстренном угрожающем жизни состоянии, если пациенту уже предлагали сдать этот анализ или если он его уже сдал, если пациент не может дать своего согласия на анализ (и нет другого человека, который имел бы право дать согласие за него).

Перед тем как пациент согласится на проведение анализа или сдаст его, лицо, предлагающее сдать анализ, должно сообщить пациенту следующее:

- ВИЧ – это вирус, вызывающий СПИД. Он может передаваться половым путем, при использовании инъекционных игл после другого пациента, ребенку инфицированной ВИЧ беременной женщиной (в период беременности, во время родов и при грудном вскармливании).
- Существует лечение, которое помогает больным ВИЧ/СПИД поддерживать свое здоровье.
- Больные, у которых обнаружен ВИЧ/СПИД, соблюдают правила, защищающие неинфицированных людей от заражения ВИЧ, а инфицированных от заражения еще одним штаммом ВИЧ.
- Сдавать анализ или нет, Вы решаете добровольно. Сдать анализы можно анонимно в любом предназначенном для этого центре общественного здравоохранения.
- Закон защищает конфиденциальность результатов анализов на ВИЧ и связанной с ними информации.
- Закон запрещает дискриминацию на основании ВИЧ-статуса. Существуют службы, помогающие ВИЧ-инфицированным лицам решать возникающие затруднения.
- Согласно закону, срок действия согласия на проведение анализов на ВИЧ может быть неограниченным. Согласие теряет силу после его отзыва подписавшим согласие пациентом или после истечения срока действия согласия, если такой срок в нем указан.

Почему важно сдавать эти анализы? Знать о ВИЧ-статусе важно для лечения. Если результаты Вашего анализа отрицательные, Вы можете узнать о том, как защититься от этой инфекции в будущем. Если результаты Вашего анализа положительные, Вы сможете предупредить заражение других людей. Кроме того, Вы начнете лечение от ВИЧ и узнаете, как еще можно поддержать свое здоровье.

_ Да, я соглашаюсь сдать анализ на ВИЧ.

_ Нет, сегодня я не хочу сдавать анализ на ВИЧ.

Имя и фамилия пациента: _

MRN #: _____

Подпись: _

Дата: _

(Пациент или лицо, имеющее право дать согласие за пациента)



ФОРМА «НОВЫЙ АДРЕС ПАЦИЕНТА»
[PATIENT UPDATED ADDRESS FORM]

ДАТА: _____
[DATE]

ИМЯ: _____
[NAME]

Дата рождения: _____
[DOB]

Я, _____
[I]
настоящим подтверждаю, что ранее проживал(-а) по адресу
[verify that my previous address was:]

В настоящее время я проживаю по адресу
[I now reside at :]

Подпись пациента
[Patient's Signature]

Информация об аптеках

Теперь, после того как мы начали пользоваться новой медицинской информационной системой Epic, Ваш врач может выписывать Вам электронные рецепты. Это означает, что любой выписанный врачом рецепт автоматически пересылается в выбранную Вами аптеку. Бумажные рецепты выписывать Вам больше не будут. Кроме того, когда число повторных получений лекарства по одному рецепту («рефил») закончится, аптекарь сможет послать нам электронный запрос. ****Примечание:** Электронные рецепты на лекарства, находящиеся на особом учете, не выдаются.

Если Вы хотите пользоваться системой электронных рецептов, укажите ниже необходимую информацию.

**Имя и фамилия
пациента:** _____

Предпочтительная аптека:	
Название аптеки:	_____
Адрес:	_____
Город:	_____
Штат:	_____
Почтовый индекс:	_
Номер телефона:	_____
Номер факса:	_____

Альтернативная аптека:	
Название аптеки:	_____
Адрес:	_____
Город:	_____
Штат:	_____
Почтовый индекс:	_
Номер телефона:	_____
Номер факса:	_____

Информация о лаборатории

Укажите лабораторию, услугами которой Вы предпочитаете пользоваться, отметив один из вариантов. Некоторые страховые планы требуют от пациента пользоваться услугами конкретных лабораторий и могут не оплачивать счета из других лабораторий. Если Вы не знаете, какую лабораторию выбрать, свяжитесь со своим страховым планом. **Если Вы не выберете лабораторию, мы будем направлять все анализы в лабораторию NYU.**

LabCorp	<input type="checkbox"/>
Quest Labs	<input type="checkbox"/>
NYU Lab	<input type="checkbox"/>
Другая	<input type="checkbox"/>

Укажите название другой лаборатории: _____

NYU Faculty Group Practice

Планы для врачей, не участвующих в программе/Косметические услуги/Самостоятельная оплата/Услуги, не покрываемые программой
Форма

Дата:	Имя и фамилия пациента:
Номер истории болезни пациента:	Специалист, предоставляющий медицинское обслуживание:
Ожидаемая(ые) дата(ы) обслуживания:	Описание услуг(и):
Предположительная стоимость:	Страховая программа:
Сумма предоплаты:	Расчетный остаток:

ФИНАСОВОЕ СОГЛАШЕНИЕ

NYU Faculty Group Practice сообщили мне, что мой врач не принимает участия в моей страховой программе, и/или я получаю услуги, которые не покрываются моей страховой программой; поэтому я несу полную ответственность за оплату стоимости услуг. Предполагается, что я выплачу оценочную стоимость заранее. Я выбираю предоставление мне вышеуказанных услуг и получил оценку общей стоимости услуг моего врача. Мне известно, что вышеуказанная сумма является приблизительной и что фактическая сумма может отличаться. Я также понимаю, что могут возникнуть дополнительные расходы на вспомогательные услуги (рентгенографическое обслуживание, анестезия, анализ патологических проб и т. д.), не включенные в эту оценку. Мне будет выставлен счет на любые оставшиеся суммы к оплате, и я буду нести ответственность за эту оплату.

Я понимаю, что все оставшиеся суммы подлежат выплате в момент получения счета от NYU.

Я прочитал вышеприведенную информацию и осознаю свои финансовые обязательства.

Фамилия Пациента/Гаранта

Подпись Пациента/Гаранта

Дата

NYU FACULTY GROUP PRACTICE

ЧАСТНЫЙ КОНТРАКТ С БЕНЕФИЦИАРОМ MEDICAID

Настоящий договор между д-ром _ (“Врач”) и пациентом _ (“Пациент”), с датой рождения _ , который(ая) является бенефициаром Medicaid штата Нью-Йорк, обращающимся за услугами, оплачиваемыми Medicaid, включая управляемое медицинское обеспечение Medicaid. Врач проинформировал Пациента, что Врач не участвует в программе Medicaid и/или управляемом медицинском обеспечении Medicaid пациента.

Врач согласен оказать Пациенту следующие медицинские Услуги:

<input type="checkbox"/> Услуги по обследованию и ведению	Дата услуги:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> _ Предоперационная консультация	Дата услуги:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> _ Операция/послеоперационное обслуживание (Тип: _____)	Дата услуги:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Другое (Указать: _____)	Дата услуги:	<input type="text"/>

В обмен на Услуги Пациент соглашается произвести Врачу оплату Гонорара Врача. Предварительные оценки стоимости услуг предоставляются по требованию.

Пациент также согласен со следующими положениями, понимает и специально признает их:

- Пациент согласен не подавать заявление о выплате страхового возмещения (и не требовать, чтобы Врач подавал такое заявление) по программе Medicaid, в отношении Услуг, даже если они покрываются Medicaid.
- Пациент в настоящее время не находится в ситуации потребности в неотложной или срочной медицинской помощи.
- Пациент признает, что к оплате Услуг не применимы ни ограничения Medicaid по гонорару, ни другие правила возмещения Medicaid.
- Пациент признает, что он или она имеет право, в качестве бенефициара Medicaid, получать покрываемые Medicaid продукты и услуги от врачей и специалистов, которые участвуют в программе Medicaid, и что пациент не вынужден подписывать какие-либо частные контракты, которые относятся к другим покрываемым Medicaid услугам, которые оказывают другие врачи или специалисты, участвующие в Medicaid.
- Пациент согласен нести ответственность за полную оплату Услуг и признает, что Врач не подаст заявление о выплате страхового возмещения Medicaid за Услуги, и что возмещение Medicaid не будет предоставлено.
- Пациент признает, что Medicaid не будет производить оплату каких-либо продуктов или услуг, которые предоставляются Врачом, и которые были бы оплачены Medicaid, если бы не существовало частного контракта, и заявление о выплате страхового возмещения Medicaid было должным образом подано.
- Пациент признает, что ему или ей предоставлен экземпляр данного контракта.
- Пациент согласен возместить Врачу любые издержки и обоснованные гонорары юриста, которые возникнут из-за нарушения этого Договора Пациентом или его бенефициарами.

Подписано _ следующими лицами:

(Дата) _____ (Фамилия _____) _____ (Представитель FGP)
Пациента/Гаранта)

_____ (Подпись _____) _____ (Подпись Представителя FGP)
Пациента)



NYU FACULTY GROUP PRACTICE

ЧАСТНЫЙ КОНТРАКТ С БЕНЕФИЦИАРОМ MEDICARE

Настоящий договор заключен между д-ром _____ ("Врач"), с основным местом работы _____, и пациентом _____ ("Пациент"), который(ая) проживает по адресу _____ и является бенефициаром Medicare, часть В, обращающимся за услугами, покрываемыми Medicare, часть В, согласно Разделу 4507 Закона о сбалансированном бюджете от 1997 г. Врач проинформировал пациента, что Врач отказался от участия в программе Medicare, начиная с даты ____ / ____ / ____, на период, по меньшей мере, два года, и не отстранен от участия в Medicare Часть В, согласно Разделам 1128, 1156, 1892 или любым другим разделам Закона о социальном обеспечении.

Врач согласился оказывать Пациенту следующие медицинские услуги ("Услуги"): обследование и ведение, консультация и профессиональное обслуживание.

В обмен на Услуги Пациент соглашается произвести Врачу оплату Гонорара Врача. Предварительные оценки стоимости услуг предоставляются по требованию.

Пациент также согласен со следующими положениями, понимает и специально признает их:

В обмен на Услуги Пациент соглашается произвести Врачу оплату Гонорара Врача. Предварительные оценки стоимости услуг предоставляются по требованию.

Пациент также согласен со следующими положениями, понимает и специально признает их:

- Пациент согласен не подавать заявление о выплате страхового возмещения (и не требовать, чтобы Врач подавал такое заявление) по программе Medicare, в отношении Услуг, даже если они покрываются Medicare, часть В.
- Пациент в настоящее время не находится в ситуации потребности в неотложной или срочной медицинской помощи.
- Пациент признает, что к оплате Услуг не применимы ни ограничения Medicare по гонорару, ни другие правила возмещения Medicare.
- Пациент признает, что планы MediGap не обеспечивают оплату или возмещение оплаты Услуг, потому что оплата производится не по программе Medicare, и другие планы дополнительного страхования также могут отказать в возмещении.
- Пациент признает, что он или она имеет право, в качестве бенефициара Medicare, получать покрываемые Medicare продукты и услуги от врачей и специалистов, которые не отказались от участия в программе Medicare, и что пациент не вынужден подписывать какие-либо частные контракты, которые относятся к другим покрываемым Medicare услугам, которые оказывают другие врачи или специалисты, которые не отказались от участия.
- Пациент согласен нести ответственность за полную оплату Услуг и признает, что Врач не подаст заявление о выплате страхового возмещения Medicare за Услуги, и что возмещение Medicare не будет предоставлено.
- Пациент понимает, что Medicare не будет производить оплату каких-либо продуктов или услуг, которые предоставляются Врачом, и которые были бы оплачены Medicare, если бы не существовало частного контракта, и заявление о выплате страхового возмещения Medicare было должным образом подано.
- Пациент признает, что ему или ей предоставлен экземпляр данного контракта.
- Пациент согласен возместить Врачу любые издержки и обоснованные гонорары юриста, которые возникнут из-за нарушения этого Договора Пациентом или его бенефициарами.

Подписано _____ [дата] следующими лицами:

_____ (Фамилия Пациента/Гаранта) _____ (Фамилия Врача)

_____ (Подпись Пациента/Гаранта) _____ (Подпись Врача)

NYU Faculty Group Practice

Форма направления к не участвующему в программе специалисту, предоставляющему медицинское обслуживание

Дата:	Имя и фамилия пациента:
Номер истории болезни пациента:	Специалист, предоставляющий медицинское обслуживание:
Страховая программа:	

Информация о направлении	
Ожидаемая(ые) дата(ы) обслуживания (если известно):	Описание услуг(и):
Фамилия не участвующего в программе специалиста, предоставляющего медицинское обслуживание:	Место(а) оказания услуг(и) (если известно):
Номер телефона:	Адрес:

Ваш врач направляет Вас на прием к не участвующему в программе специалисту, предоставляющему медицинские услуги, или договаривается о получении Вами медицинских услуг в не участвующем в программе учреждении. Эта форма предоставляется, потому что:

- ☐ Указанный выше не участвующий в программе врач предоставит Вам услуги во время приема
- ☐ Образец будет направлен в не участвующую в программе лабораторию или не участвующему в программе патологу
- ☐ Вы направляетесь к не участвующему в программе специалисту, предоставляющему медицинские услуги, и Ваша программа медицинского страхования требует направлений

Вы можете решить пройти Ваше лечение у специалиста, предоставляющего услуги, который участвует в Вашей программе страхования. Если у Вас есть вопросы, или если Вы хотите найти участвующего в программе врача, Вы можете позвонить в кабинет Вашего врача, посетить наш сайт: <http://www.NYULangone.org/doctors>, или связаться с Вашей страховой программой. Вы также можете позвонить в кабинет специалиста, предоставляющего медицинские услуги, по номеру, указанному выше, если Вы хотите получить примерные расценки.

Вы также можете получить услуги в Медицинском центре NYU Langone Medical Center от других специалистов, которые предоставляют важнейшие услуги, и которые участвуют в Вашем лечении, даже если Вы не встречаетесь с ними лично. За данные услуги может взиматься дополнительная плата. Кроме того, в Медицинском центре NYU Langone Medical Center Вы можете получить стационарное или амбулаторное лечение. В этом случае Вы получите отдельный счет за оказание услуг из больницы. Если у Вас есть вопросы относительно счета, Вы можете позвонить в отдел приема платежей врача NYU Faculty Group Practice по номеру (877) 648-2964 или в отдел приема платежей больницы по номеру (800) 237-6977.

Официальное заявление

Я признаю, что одна из моих обязанностей – понимать условия моего страхования и знать, предусматривает ли моя страховая программа какие-либо особые правила и условия, такие как обязательное наличие направления, предварительное освидетельствование состояния здоровья, предварительное подтверждение необходимости оказания медицинских услуг, ограничения по возмещению расходов на амбулаторное лечение, а также любые требования в отношении врачей-специалистов, лабораторий и/или больниц, задействованных при осуществлении лечения. Обращаясь к не участвующему в программе специалисту, предоставляющему услуги, я могу понести расходы, которые не покрываются моей программой медицинского страхования.

NYU Faculty Group Practice проинформировали меня, что мой врач направляет меня на обслуживание, не входящее в программу медицинского страхования, и я согласен на это направление. Я по своей воле принимаю решение воспользоваться вышеупомянутыми услугами. Я также понимаю, что могут быть предоставлены незапланированные услуги, необходимые по

медицинским соображениям. Мне будет выставлен счет на любые оставшиеся суммы к оплате, и я буду нести ответственность за эту оплату. Я понимаю, что все остатки подлежат выплате в момент получения выписки от NYU. Я прочитал вышеприведенную информацию и осознаю свои финансовые обязательства.

Фамилия Пациента/Гаранта

Подпись Пациента/Гаранта

Дата

Пересмотрено: 3-18-15