

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ОБМЕН МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ И ДОСТУП К ДАННЫМ ДЛЯ CARE EVERYWHERE И HEALTHIX HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE AND HEALTHIX CONSENT FORM

С помощью данной формы согласия вы можете разрешить или не разрешить поставщикам медицинских услуг, указанным на веб-сайте системы обмена медицинской информацией NYU Langone (HIE) <http://health-connect.med.nyu.edu/> (далее — Участники HIE), и поставщикам медицинских услуг, не связанным с центром NYU Langone (далее — Поставщики Care Everywhere), которые могут попросить предоставить им доступ к вашей медицинской документации в целях проведения лечения, просматривать ваши медицинские данные в компьютерной сети, управляемой HIE. Для того чтобы Поставщик Care Everywhere знал, что информация может быть доступна через HIE, вы должны сообщить ему, что были/являетесь пациентом Участника HIE и что необходимая информация может быть предоставлена по требованию. Это позволит собирать медицинские данные в разных учреждениях, где вы обслуживаетесь, и предоставлять их специалистам, которые занимаются вашим лечением.

In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Health System Health Information Exchange (“HIE”) website <http://health-connect.med.nyu.edu/> (“HIE Participants”) and non-NYU Langone health 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 HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the 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 to the providers treating you.

Также вы можете использовать эту Форму согласия, чтобы разрешить или не разрешить сотрудникам, представителям или членам медицинского персонала системы медицинской информации центра NYU Langone и его аффилированным лицам просматривать ваши электронные медицинские данные через систему обмена медицинской информацией Healthix или признанную штатом Нью-Йорк некоммерческую организацию Regional Health Information Organization. Это также позволит собирать медицинские данные в разных учреждениях, где вы обслуживаетесь, и предоставлять их в электронном виде специалистам, которые занимаются вашим лечением. Кроме того, настоящая Форма согласия позволяет любой системе медицинской информации центра NYU Langone и программе его аффилированных лиц, пациентом или участником которой вы являетесь, просматривать ваши данные у других поставщиков медицинских услуг, уполномоченных раскрывать информацию через систему Healthix. Полный список текущих источников медицинской информации Healthix можно получить в Healthix в любое время на веб-сайте Healthix <http://www.healthix.org> или по номеру телефона 877-695-4749. По запросу ваш поставщик распечатает для вас список с данного веб-сайта.

You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization, 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 Health System and affiliated entities 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 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from this website.

**ВАШЕ РЕШЕНИЕ НЕ ОГРАНИЧИВАЕТ ВАШЕГО ПРАВА НА МЕДИЦИНСКИЙ УХОД ИЛИ МЕДИЦИНСКУЮ СТРАХОВКУ. ВАМ НЕ МОГУТ ОТКАЗАТЬ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ОСНОВАНИИ ТОГО, ЧТО ВЫ РАЗРЕШИЛИ ИЛИ НЕ РАЗРЕШИЛИ ДОСТУП К СВОЕЙ ИНФОРМАЦИИ.
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.**

HIE и Healthix обмениваются медицинскими данными пациентов в электронном виде и в безопасном режиме с целью повышения качества медицинского обслуживания. Данный вид обмена называется электронной медициной или медицинской информационной технологией. Если вы хотите узнать больше об электронной медицине в штате Нью-Йорк, прочтите буклет «Better Information Means Better Care» («Чем лучше информация, тем лучше обслуживание»). Вы можете получить буклет у своего врача или на веб-сайте www.ehealth4ny.org.

The 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. 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 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИОННЫМ ПРОСПЕКТОМ. Ваше право выбора. Вы можете заполнить форму сейчас или позже. У вас есть следующие варианты.

PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION. Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Выберите один из вариантов, приведенных ниже, поставив отметку в поле: .

Please check one box below:

1. **Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ** Участникам HIE, **перечисленным на веб-сайте HIE**, и Поставщикам Care Everywhere на доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через систему HIE, а также **Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ** сотрудникам, представителям или членам медицинского персонала системы медицинской информации центра NYU Langone и его аффилированным лицам на доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через систему HEALTHIX с любой целью, указанной в информационном проспекте, включая предоставление мне любых медицинских услуг, в т. ч. неотложной помощи.

1. **I GIVE CONSENT** to ALL of the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and **I GIVE CONSENT** to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities 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 ОТКАЗЫВАЮ** Участникам HIE, **перечисленным на веб-сайте HIE**, и Поставщикам Care Everywhere в доступе к моей электронной медицинской информации через систему HIE, и **Я ОТКАЗЫВАЮ** сотрудникам, представителям или членам медицинского персонала системы медицинской информации центра NYU Langone и его аффилированным лицам в доступе к моей электронной медицинской информации через систему HEALTHIX с любой целью, *даже с целью предоставления мне неотложной помощи.*

2. **I DENY CONSENT** to the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and **I DENY CONSENT** to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, *even in a medical emergency.*

ПРИМЕЧАНИЕ. ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИТЕ ПОЛЕ «Я ОТКАЗЫВАЮ», согласно законодательству штата Нью-Йорк лица, оказывающие вам неотложную помощь, смогут иметь доступ к вашим медицинским данным, включая данные, хранящиеся в системах HIE и HEALTHIX. ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИТЕ НИ ПЕРВОЕ, НИ ВТОРОЕ ПОЛЕ, данные не будут передаваться, кроме случаев, предусмотренных законодательством штата Нью-Йорк.

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 HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

Имя и фамилия пациента (печатными
буквами)
Print Name of Patient

Дата рождения пациента
Patient's Date of Birth

Дата заполнения
Date

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

Имя и фамилия законного представителя (печатными
буквами) и кем он приходится пациенту (если применимо)
Print Name of Legal Representative and Relationship (if
applicable)

Информационный проспект о NYU Langone HIE, Care Everywhere и Healthix

Подробная информация о медицинских данных, передаваемых через системы HIE, Care Everywhere и Healthix, и о процедуре предоставления разрешения на доступ к информации.

- 1. Как будет использоваться ваша информация.** Ваша электронная медицинская информация будет использоваться Участниками HIE и Поставщиками Care Everywhere исключительно в перечисленных ниже целях:
 - для проведения вашего лечения и оказания связанных с ним услуг;
 - в целях проверки объема страховой ответственности и наличия у вас медицинской страховки;
 - для оценки и повышения качества медицинского обслуживания всех пациентов.

Если законодательством штата и федеральным законодательством не допускается иное и если это разрешено системой Healthix, ваши электронные медицинские данные будут передаваться, просматриваться и использоваться программами медицинского страхования системы NYU Langone только в следующих целях.

- Обеспечение деятельности по управлению услугами. Сюда входит оказание вам помощи в получении надлежащего медицинского обслуживания, улучшение качества и координация предоставляемых вам медицинских услуг или оказание вам помощи в соблюдении плана медицинского обслуживания.
- Обеспечение деятельности по улучшению качества. Сюда входит оценка и улучшение качества медицинского обслуживания, предоставляемого вам, всем пациентам и членам системы NYU Langone.

ПРИМЕЧАНИЕ. Решение, которое вы выразите в данной Форме согласия, НЕ дает право организациям медицинского страхования просматривать ваши данные, чтобы определить, следует ли оформить для вас страховку или оплатить ваши счета. Вы можете сообщить о своем решении по этому поводу в отдельной форме согласия, используемой организациями медицинского страхования.

- 2. О какой информации идет речь?** Если вы предоставите разрешение, Участники HIE и Поставщики Care Everywhere смогут просматривать ВСЕ ваши электронные медицинские данные, хранящиеся в системе HIE, и все сотрудники, представители и члены медицинского персонала системы медицинской информации центра NYU Langone и его аффилированные лица смогут просматривать ВСЕ ваши электронные медицинские данные, хранящиеся в системе Healthix. Сюда относится информация, созданная до и после даты подписания данной Формы согласия. Ваша медицинская документация может включать в себя анамнез ваших заболеваний или травм (например, сведения о сахарном диабете или переломе), результаты анализов (рентгенограммы или анализ крови) и список принимаемых вами лекарств. Документация может содержать конфиденциальные медицинские данные, в т. ч.:

<ul style="list-style-type: none">• Сведения об алкогольной или наркотической зависимости, в том числе диагнозы, лечение, диагностическую информацию, анамнез и заключения, клинические комментарии и выписной эпикриз• Методы контрацепции и аборты (контроль рождаемости)	<ul style="list-style-type: none">• Лечение психических расстройств• Аллергия• Генетические (наследственные) заболевания или связанные с ними анализы• Заболевания, передаваемые половым путем• ВИЧ/СПИД
--	--

- 3. Откуда поступает ваша медицинская информация?** Ваша информация поступает из лечебных учреждений или организаций медицинского страхования (далее — Источники информации). К ним могут относиться больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, организации медицинского страхования, программа Medicaid и другие учреждения здравоохранения, которые обмениваются медицинской информацией в электронном виде. Полный список текущих Источников информации HIE есть в системе медицинской информации центра NYU Langone или у местного Участника HIE, в зависимости от обстоятельств. Актуальный список Источников информации доступен в любое время на веб-сайте HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Вы можете обратиться к специалисту центра NYU Langone по вопросам защиты данных по адресу NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016, или по номеру телефона 212-404-4079. Полный список текущих Источников

информации Healthix можно получить в Healthix в любое время на веб-сайте Healthix <http://www.healthix.org> или по номеру телефона 877-695-4749.

4. **Кто сможет просматривать вашу информацию, если вы предоставите разрешение?** В данной Форме согласия термин «система медицинской информации центра NYU Langone и его аффилированные лица» включает в себя больницы NYU Langone, медицинский факультет Нью-Йоркского университета (NYU), центры здоровья семьи NYU Langone, клинику Winthrop при NYU и ее филиалы. Доступ к вашим медицинским данным будут иметь только следующие сотрудники перечисленных выше учреждений: врачи и другие медработники одобренного Участника НІЕ, Участника Healthix или Поставщика Care Everywhere, оказывающие вам медицинские услуги; медработники, которые замещают врачей одобренного Участника НІЕ или Поставщика Care Everywhere либо дежурят за них; уполномоченные сотрудники, занимающиеся улучшением качества или управлением услугами; штатные сотрудники одобренного Участника НІЕ или Поставщика Care Everywhere, которые осуществляют деятельность, разрешение на которую было дано в Форме согласия в соответствии с пунктом первым данного документа.
5. **Ответственность за несанкционированный доступ к вашей информации или ее использование.** За несанкционированный доступ к вашей электронной медицинской информации или ее использование предусмотрены меры взыскания. Если у вас возникнут подозрения в том, что какое-либо неуполномоченное лицо имело доступ к вашей информации, позвоните любому Участнику НІЕ или Поставщику Care Everywhere, которому вы предоставили доступ к своим данным, посетите веб-сайт НІЕ: <http://health-connect.med.nyu.edu/> или позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS Department of Health) по номеру 877-690-2211. Если у вас возникнут подозрения в том, что какое-либо неуполномоченное лицо имело доступ к вашей информации, хранящейся в системе Healthix, позвоните в Healthix по номеру 877-695-4749, зайдите на веб-сайт Healthix: <http://www.healthix.org> или позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по номеру 877-690-2211.
6. **Передача информации.** Любые ваши электронные медицинские данные могут быть переданы другим лицам Участником НІЕ или Поставщиком Care Everywhere только в объеме, допускаемом законодательством штата и федеральным законодательством. Данное положение распространяется на вашу медицинскую информацию в бумажной форме. Как указано выше в п. 2, если вы предоставите разрешение, ВСЯ ваша электронная медицинская информация, включая конфиденциальные данные, будет доступна через системы НІЕ и Healthix. Некоторые законы штата и федеральные законы предусматривают особые средства защиты некоторых видов конфиденциальной медицинской информации, включая следующие сведения: (i) диагностика, лечение или исследование заболевания в некоторых медицинских учреждениях; (ii) ВИЧ/СПИД; (iii) психическое заболевание; (iv) умственная отсталость и задержка в развитии; (v) алкогольная и наркотическая зависимость; (vi) генетическое обследование. Соблюдать эти законы обязаны все, кто получает такую конфиденциальную медицинскую информацию. Эти требования должны соблюдать НІЕ, Healthix и Поставщики Care Everywhere, осуществляющие доступ к этим данным в рамках обмена медицинской информацией.
7. **Срок действия.** Данная Форма согласия действует до тех пор, пока вы ее не аннулируете, или пока НІЕ не прекратит свое существование, либо в течение 50 лет после вашей смерти, в зависимости от того, какое из этих событий наступит позже.

- 8. Аннулирование согласия.** Вы можете в любое время аннулировать свое разрешение, подписав новую форму согласия, предварительно отметив в ней поле **«Я ОТКАЗЫВАЮ»**. Эти формы опубликованы на веб-сайте НІЕ: <http://health-connect.med.nyu.edu/>. После заполнения отправьте форму по факсу на номер 917-829-2096 или по адресу вашего поставщика услуг.

Примечание. Пока ваше разрешение остается в силе, организации, включая Поставщиков Care Everywhere, осуществляющие доступ к вашей медицинской информации через систему НІЕ и/или Healthix, могут копировать или использовать ваши данные в своей медицинской документации. Даже если позже вы решите аннулировать свое разрешение, они не будут обязаны вернуть или удалить эти данные из своей документации.

- 9. Что произойдет, если вы откажетесь отметить какое-либо из полей (не сделаете выбор)?** Если вы не отметите поле **«Я ОТКАЗЫВАЮ»**, согласно законодательству штата Нью-Йорк лица, оказывающие вам неотложную помощь, смогут иметь доступ к вашим медицинским данным, включая данные, хранящиеся в системе НІЕ. Если вы не отметите ни первое, ни второе поле, данные не будут передаваться, кроме случаев, когда необходимо оказать неотложную помощь в соответствии с законодательством штата Нью-Йорк.
- 10. Экземпляр формы.** Вы имеете право получить копию данной Формы согласия после того, как подпишете ее.
- 11. Что произойдет, если вы не предоставите разрешения на доступ?** Если вы откажете Участникам НІЕ и Поставщикам Care Everywhere в доступе к вашим медицинским данным через системы НІЕ и Healthix, существует вероятность, что ваши поставщики медицинских услуг не смогут своевременно получить важную медицинскую информацию, собранную о вас ранее.

