

Udhëzime për autorizimin për përdorimin dhe zbulimin e informacionit të mbrojtur shëndetësor (PHI)

1. Plotësoni të gjitha seksionet në formular. Formularët e paplotë nuk do të pranohen.
2. Renditni ofruesit e kujdesit shëndetësor/subjektet nga të cilat po kërkonit të dhëna dhe paraqitini siç tregohet në tabelën më poshtë.
3. Nëse duhet të përfshihet informacion për trajtimin e problemeve me alkoolin/drogën, trajtimin e shëndetit mendor, informacion gjenetik ose informacion konfidencial në lidhje me HIV-in, shënoni inicialet përbri llojit përkatës poshtë numrit një.
 - Informacioni për trajtimin e problemeve me alkoolin ose drogën është çdo informacion nga një program i trajtimit të alkoolit/drogës.
 - Informacioni për trajtimin e shëndetit mendor janë të dhënat klinike ose informacioni klinik që synojnë identifikimin e pacientëve të shëndetit mendor, që mbrohen nga ligji i shtetit të Nju-Jorkut.
 - Informacioni konfidencial në lidhje me HIV-in është çdo informacion që tregon se keni bërë një analizë për HIV-in, se keni pasur një infeksion apo sëmundje të lidhur me HIV-in (duke përfshirë SIDA-n) ose se keni qenë të ekspozuar ndaj HIV-it. Kjo përfshin rezultatet negative.
 - Informacion gjenetik është çdo analizë laboratorike për diagnostikimin e pranisë së një ndryshimi gjenetik të lidhur me predispozitën për një aftësi të kufizuar apo sëmundje gjenetike, duke përfshirë analizën e profilit të ADN-së.

Një përlllogaritje e tarifave, nëse ka, do të jepet para plotësimit të kërkesës.

Vendi	Adresa	Numri i telefonit
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department fizikisht: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 me postë: One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department fizikisht: 380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 me postë: 301 E 17 th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department fizikisht: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 me postë: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opsioni 4
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Drejtëpërdrejt në zyrën individuale	Kontakttoni drejtëpërdrejt zyrën individuale
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Drejtor i Operacioneve të Rrjetit të Qendrave të Shëndetit Familjar (FHC) FHCPatientRelations@nvlangone.org	Kontakttoni drejtëpërdrejt zyrën individuale
NYU Langone Hospital - Long Island Agjencia e Certifikuar e Kujdesit Shëndetësor në Shtëpi (Certified Home Health Agency) (CHHA)	NYU Langone Hospital - Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	Attn: Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Grafitë/imazhet radiologjike (Radiology Films/Images)	Tisch: 560 1 st Ave, 2 nd Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 FGP Radiology: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016 Të gjitha vendet e tjera: drejtëpërdrejt në vendin e studimit të imazherisë	Tisch: 212-263-5227 Ortopedia: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Të tjera: kontakttoni drejtëpërdrejt zyrën individuale

NYU LANGONE HEALTH
AUTORIZIM PËR PËRDORIMIN DHE ZBULIMIN E INFORMACIONIT TË
MBROJTUR SHËNDETËSOR (PHI)

Emri i pacientit	Datëlindja e pacientit	Numri i telefonit
Adresa e pacientit		

Unë, ose përfaqësuesi im i autorizuar, kërkojmë që informacioni shëndetësor në lidhje me trajtimin dhe kujdesin tim shëndetësor të jepet siç parashikohet në këtë formular. Unë e kuptoj se:

1. Informacioni në lidhje me **TRAJTIMIN NDAJ ALKOOLIT/DROGËS, TRAJTIMIN E SHËNDETIT MENDOR, ANALIZAT GJENETIKE** dhe/ose **INFORMACIONI KONFIDENCIAL NË LIDHJE ME HIV-in** nuk do të ndahen me të tjerë nëse nuk kam dhënë leje në mënyrë specifike. Duke vendosur inicialet e mia më poshtë, autorizoj në mënyrë specifike që ky informacion t'u jepet personave të cilësuar në këtë formular.

	Informacioni për trajtimin e problemeve me alkoolin ose drogën (të dhënat nga programet e trajtimit të alkoolit/drogës)
	Informacioni për trajtimin e shëndetit mendor (përveç shënimeve të psikoterapisë, për të cilat mund të nevojitet një autorizim shtesë)
	Informacioni për analizat gjenetike
	Informacioni në lidhje me HIV-in/SIDA-n (dhënia e këtij informacioni duhet të përfshijë deklaratat e nevojshme lidhur me ndalimin e rizbulimit kur kërkohet me ligj)

2. Me përjashtim të llojeve të veçanta të informacioneve të renditura më sipër, informacioni i ndarë me të tjerët në bazë të këtij autorizimi mund të rindahet me të tjerë nga marrësi dhe nuk mbrohet më nga legjislacioni kombëtar ose federal. Përveç rasteve kur lejohet nga legjislacioni kombëtar ose federal, nëse jap leje për të ndarë me të tjerë informacionin në lidhje me HIV-in, marrësi nuk mund ta ndajë këtë informacion me të tjerë pa lejen time. Mund të kërkoj një listë të personave që mund të marrin ose përdorin pa autorizim informacionin tim në lidhje me HIV-in. Nëse diskriminohem për shkak të dhënies apo zbulimit të informacionit në lidhje me HIV-in, mund të kontaktoj Departamentin për të Drejtat e Njeriut të Shtetit të Nju-Jorkut (New York State Division of Human Rights) në numrin (212) 480-2493 ose Komisionin për të Drejtat e Njeriut të Qytetit të Nju-Jorkut (New York City Commission of Human Rights) në numrin (212) 306-7450. Këto agjenci janë përgjegjëse për mbrojtjen e të drejtave të mia.
3. Mund ta anuloj me shkrim këtë autorizim për ofruesin e kujdesit shëndetësor/subjektin të cilit i kam dorëzuar formularin (në adresën e renditur në faqen udhëzuese). Ky anulim hyn në fuqi përveç deri në shkallën që “NYU Langone Health” është bazuar tashmë në këtë autorizim.
4. Nënshkrimi i këtij autorizimi është vullnetar. “NYU Langone Health” nuk mund ta kushtëzojë trajtimin, pagesën, regjistrimin në planet shëndetësore ose kualifikimin për përfitime nga nënshkrimi apo refuzimi për të nënshkruar këtë autorizim, përveç në rrethana të kufizuara.
5. Nëse kërkoj grafitë origjinale, e kuptoj që “NYU Langone Health” nuk ruan kopje (analoge) të grafive. E liroj “NYU Langone Health” nga të gjitha përgjegjësitë për mbajtjen e të dhënave të mia në formën e imazheve.

Emri dhe adresa e ofruesit të kujdesit shëndetësor/subjektit të cilit dëshironi t'i vini në dispozicion informacionin (shihni faqen udhëzuese):

NYU LANGONE HEALTH

Qëllimi për dhënien e informacionit:

- Me kërkesën time Vazhdimësia e kujdesit
- Tjetër (lutemi të shpjegoni, duke përfshirë nëse shërben për dobi ose program të qeverisë): _____

Personi që merr këtë informacion:

- Unë Tjetër (emri; nevojitet dokument identifikimi për tërheqjen): _____

Forma/Formati (mund të aplikohen tarifa; do të përlogaritet një vlerë para lëshimit):

- Letër postare për: _____
- Tërheqje, letër MyChart (disponohet për t'u shkarkuar për 60 ditë)
- Faks (numri): _____ CD/DVD USB
- Email i sigurt (disponohet për t'u hapur/shkarkuar për 30 ditë): _____
- Tjetër: _____

Përshkrimi i informacionit që do të jepet:

- Të dhënat e plota mjekësore nga ofruesi i kujdesit shëndetësor/subjekti i specifikuar më sipër
- Të dhënat që përkojnë me datat vijuese: _____
- Raporte radiologjike (renditni llojin e analizës dhe datën): _____
- Grafi/imazhe radiologjike (renditni llojin e analizës dhe datën): _____
- Abstrakt (përmbledhje) e informacionit që përkon me datat vijuese: _____
- Të dhënat që i janë dërguar ofruesit të kujdesit shëndetësor/subjektit të specifikuar më sipër nga ofrues që janë të ndryshëm nga "NYU Langone Health" dhe të mbajtura nga "NYU Langone Health" për përdorim në kujdesin tim shëndetësor
- Tjetër (p.sh. të dhëna faturimi; formularë miratimi): _____

Autorizimi është i vlefshëm deri në një (1) vit nga data e nënshkrimit, nëse nuk specifikohet këtu
(data ose ngjarja specifike):

Pyetjet e mia, nëse kam pasur, kanë marrë përgjigje. Gjithashtu, më është dhënë ose ofruar një kopje e këtij formulari nëse "NYU Langone Health" më ka kërkuar ta plotësoj këtë formular.

Nënshkrimi: _____ Data: _____ Ora: _____ paradite/pasdite (Pacienti ose personi i autorizuar për të nënshkruar) <i>Nëse personi që miraton nuk është pacienti, shkruani me germa shtypi emrin dhe llojin e autoritetit për nënshkrim.</i> <i>Dokumentacioni mbështetës duhet të ofrohet në momentin e kërkesës.</i>
Emri/Autoriteti: _____

*Virusi i imunodeficiencës humane (HIV) që shkakton SIDA-n. Ligji "Për shëndetin publik" i shtetit të Nju-Jorkut mbron informacionin që, në mënyrë të arsyeshme, mund ta identifikojë një person si bartës të simptomave ose infeksionit të HIV-it dhe informacionin lidhur me kontaktet e personit.

Vetëm për përdorim zyre: NKM: _____ Marrë më: ____/____/____ Inicialet: _____