

**WYMIANA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA, FORMULARZ ZGODY CARE
EVERYWHERE ORAZ HEALTHIX
HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE
AND HEALTHIX CONSENT FORM**

W niniejszym formularzu zgody istnieje możliwość wybrania, czy lekarze wymienieni na stronie internetowej wymiany informacji dotyczących zdrowia systemu opieki zdrowotnej NYU Langone (NYU Langone Health System Health Information Exchange, „HIE”) <http://health-connect.med.nyu.edu/> („uczestnicy HIE”) oraz lekarze niebędący pracownikami NYU Langone, którzy mogą wnioskować o dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta w celu zapewnienia ciągłości leczenia („lekarze Care Everywhere”), mogą uzyskać zgodę na dostęp do dokumentacji medycznej poprzez sieć komputerową obsługiwaną przez HIE. Aby poinformować lekarza Care Everywhere o dostępności informacji poprzez HIE, należy powiadomić o byciu pacjentem uczestnika HIE oraz że informacje te mogą być dostępne na żądanie. Może to pomóc w zebraniu dokumentacji medycznej znajdującej się w różnych placówkach opieki zdrowotnej oraz udostępnieniu jej lekarzom leczącym pacjenta.

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.

Z niniejszego formularza zgody można skorzystać w celu zezwolenia pracownikom, przedstawicielom lub członkom personelu medycznego systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów na dostęp i wgląd do dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej poprzez Healthix, czyli wymianę informacji dotyczących zdrowia, lub poprzez Regionalną Organizację Informacji dotyczących Zdrowia, będącą organizacją non-profit uznawaną przez stan Nowy Jork. Może to również pomóc w zebraniu dokumentacji medycznej znajdującej się w różnych placówkach opieki zdrowotnej oraz udostępnieniu jej w wersji elektronicznej lekarzom leczącym pacjenta. Niniejsza zgoda dotyczy również dowolnego programu systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów na dostęp do dokumentacji pacjenta lub członka od innych lekarzy upoważnionych do ujawniania informacji poprzez Healthix. Kompletna lista bieżących źródeł informacji Healthix jest dostępna u Healthix i można ją uzyskać w dowolnym momencie na stronie internetowej Healthix <http://www.healthix.org> lub poprzez kontakt telefoniczny pod nr 877-695-4749. Na żądanie lekarz wydrukuje tę listę z tej strony internetowej.

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.

DOKONANY WYBÓR NIE WPŁYNIE NA MOŻLIWOŚĆ UZYSKANIA OPIEKI MEDYCZNEJ LUB OBJĘCIA ZAKRESEM UBEZPIECZENIA. ZGODA LUB ODMOWA WYRAŻENIA ZGODY NIE MOŻE BYĆ PODSTAWĄ ODMOWY ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ.

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 oraz Healthix udostępniają informacje na temat zdrowia pacjentów w wersji elektronicznej w bezpieczny sposób w celu poprawy jakości usług opieki zdrowotnej. Tego typu udostępnianie nazywa się ehealth lub technologią informatyczną dot. zdrowia. Aby dowiedzieć się więcej na temat ehealth w stanie Nowy Jork, należy przeczytać broszurę pt. „Lepsze informacje to lepsza opieka zdrowotna” (Better Information Means Better Care). Można ją uzyskać u lekarza lub przejść na stronę internetową 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.

PROSIMY UWAŻNIE PRZECZYTAĆ INFORMACJE W NINIEJSZEJ KARCIE INFORMACYJNEJ PRZED PODJĘCIEM DECYZJI. Opcje dotyczące zgody. Formularz można wypełnić teraz lub w późniejszym czasie. Pacjent może podjąć poniższy wybór:

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:

Prosimy zaznaczyć jedno z poniższych pól:

Please check one box below:

1. **UDZIELAM ZGODY** WSZYSTKIM uczestnikom HIE **wymienionym na stronie HIE oraz** lekarzom Care Everywhere na dostęp do WSZYSTKICH informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HIE oraz **UDZIELAM ZGODY** WSZYSTKIM pracownikom, przedstawicielom i członkom personelu medycznego systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów na dostęp do WSZYSTKICH informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HEALTHIX w odniesieniu do dowolnego z dozwolonych celów opisanych w karcie informacyjnej, włączając świadczenie dowolnych usług opieki zdrowotnej oraz opiekę w sytuacji nagłej.

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. **NIE UDZIELAM ZGODY** uczestnikom HIE **wymienionym na stronie HIE oraz** lekarzom Care Everywhere na dostęp do informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HIE oraz **NIE UDZIELAM ZGODY** pracownikom, przedstawicielom i członkom personelu medycznego systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów na dostęp do informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HEALTHIX w odniesieniu do dowolnego z celów, *włączając opiekę w sytuacji nagłej.*

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.*

UWAGA! POD WARUNKIEM NIEZAZNACZENIA POLA „ODMAWIAM ZGODY” prawo stanu Nowy Jork umożliwia osobom udzielającym pomocy w sytuacji nagłej na uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, włączając dokumentację dostępną poprzez HIE i HEALTHIX. W PRZYPADKU BRAKU DECYZJI dokumentacja nie będzie udostępniana poza sytuacjami nagłymi, dozwolonymi przez prawo stanu Nowy Jork.

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.

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami
Print Name of Patient

Data urodzenia pacjenta
Patient's Date of Birth

Data
Date

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta
Signature of Patient or Patient's Legal Representative

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego drukowanymi literami oraz relacja/pokrewieństwo (jeśli ma zastosowanie)
Print Name of Legal Representative and Relationship (if applicable)

HIE NYU Langone, Care Everywhere oraz Healthix Karta informacyjna

Szczegóły dotyczące danych pacjenta wymieniane w ramach HIE, Care Everywhere i Healthix oraz procesu wyrażenia zgody:

- 1. Sposób wykorzystania informacji pacjenta.** Informacje dotyczące zdrowia w wersji elektronicznej będą stosowane przez uczestników HIE oraz lekarzy Care Everywhere wyłącznie w celu:
 - Zapewnienia leczenia medycznego i usług powiązanych.
 - Sprawdzenia, czy pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne oraz jego zakresu.
 - Oceny i poprawy jakości opieki medycznej świadczonej na rzecz wszystkich pacjentów.

Jeśli nie zostało to inaczej wskazane przez prawo stanowe i federalne i jeśli jest to dozwolone przez Healthix, informacje dotyczące zdrowia w wersji elektronicznej powinny być ujawnione, dostępne i stosowane przez polisy ubezpieczeniowe systemu opieki zdrowotnej NYU Langone wyłącznie w celu:

- Wykonywania obowiązków związanych z zarządzaniem opieką. Obejmują one pomoc w uzyskaniu odpowiedniej opieki medycznej, poprawę jakości usług opieki zdrowotnej świadczonych pacjentom, koordynację świadczenia różnych usług opieki zdrowotnej lub wsparcie w przestrzeganiu planu opieki medycznej.
- Wykonywania obowiązków związanych z poprawą jakości. Obejmują one ocenę i poprawę jakości opieki medycznej świadczonej wszystkim pacjentom i członkom systemu opieki zdrowotnej NYU Langone.

UWAGA! Wybór podejmowany w niniejszym formularzu zgody NIE oznacza udzielenia zgody na dostęp firm ubezpieczeniowych do informacji pacjenta w celu podjęcia decyzji o udzieleniu ubezpieczenia lub uregulowania należności pacjenta. Taki wybór można podjąć przy użyciu oddzielnego formularza zgody, z którego muszą korzystać firmy ubezpieczeniowe.

- 2. Rodzaj informacji na temat pacjenta.** W przypadku wyrażenia zgody uczestnicy HIE oraz lekarze Care Everywhere mogą uzyskać dostęp do WSZYSTKICH informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej dostępnych w ramach HIE oraz wszyscy pracownicy, przedstawiciele i członkowie personelu medycznego systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów mogą uzyskać dostęp do WSZYSTKICH informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej dostępnych w ramach Healthix. Obejmują one informacje utworzone przed i po dacie podpisania niniejszego formularza zgody. Dokumentacja medyczna może obejmować historię przebytych chorób lub obrażeń (np. cukrzyca lub złamania), wyniki badań (np. prześwietlenia lub badania krwi) oraz listę zażywanych leków. Dane te mogą dotyczyć wrażliwych informacji dotyczących zdrowia, włączając między innymi:

<ul style="list-style-type: none">• Problemy z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków, włączając między innymi diagnozę, leki, informacje diagnostyczne, historię i podsumowania, notatki kliniczne oraz podsumowanie wypisu• Kontrolę urodzeń i aborcję (planowanie rodziny)	<ul style="list-style-type: none">• Leczenie w zakresie zdrowia psychicznego• Alergie• Choroby genetyczne (wrodzone) lub badania genetyczne• Choroby przenoszone drogą płciową• HIV/AIDS
--	--

- 3. Źródła informacji dotyczących zdrowia pacjenta.** Informacje na temat pacjenta pochodzą z placówek, które świadczyły opiekę medyczną lub ubezpieczenie zdrowotne („źródła informacji”). Mogą one obejmować szpitale, lekarzy, apteki, laboratoria kliniczne, firmy ubezpieczeniowe, program Medicaid i inne organizacje zdrowotne, które dokonują elektronicznej wymiany informacji dotyczących zdrowia. Kompletna lista bieżących źródeł informacji HIE jest dostępna w systemie opieki zdrowotnej NYU Langone oraz u odpowiednich lekarzy uczestniczących w HIE. Zaktualizowaną listę źródeł informacji można uzyskać w dowolnym momencie na stronie internetowej HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **Istnieje możliwość skontaktowania się z dyrektorem ds. prywatności systemu opieki zdrowotnej NYU Langone, pisząc na adres: NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 lub dzwoniąc pod numer 212-404-4079. Kompletą listą bieżących źródeł informacji Healthix jest dostępna u Healthix i można ją uzyskać w dowolnym momencie na stronie internetowej Healthix <http://www.healthix.org> lub poprzez kontakt telefoniczny z Healthix pod nr 877-695-4749.**
- 4. Osoby, które mogą uzyskać dostęp do informacji na temat pacjenta pod warunkiem wyrażenia przez niego zgody.** „System opieki zdrowotnej NYU Langone oraz podmioty stowarzyszone” w sposób stosowany w tym formularzu zgody obejmuje szpitale NYU Langone, Szkołę Medycyny NYU, Centrum Zdrowia Rodziny w NYU Langone, szpital NYU Winthrop oraz medyczne podmioty stowarzyszone NYU Winthrop. Wyłącznie poniższe osoby z tych lokalizacji mogą uzyskać dostęp do informacji na temat pacjenta: lekarze i personel medyczny zatwierdzonego uczestnika HIE, Healthix lub Care Everywhere, którzy są zaangażowani w opiekę medyczną, lekarze zastępujący lub dyżurni zatwierdzonego uczestnika HIE lub Care Everywhere; wyznaczony personel biorący udział w poprawie jakości lub zarządzaniu opieką; członkowie personelu zatwierdzonego uczestnika HIE lub lekarze Care Everywhere wykonujący czynności dozwolone w niniejszym formularzu zgody, jak opisano powyżej w punkcie pierwszym.
- 5. Kary za niewłaściwy dostęp lub wykorzystanie informacji pacjenta.** Przewidziane są kary za niewłaściwy dostęp lub wykorzystanie informacji dotyczących zdrowia w wersji elektronicznej. W przypadku podejrzenia, że osoba nieupoważniona uzyskała dostęp lub zapoznała się z informacjami na temat pacjenta należy zadzwonić do jednego z uczestników HIE lub lekarzy Care Everywhere uprawnionych do dostępu do dokumentacji; odwiedzić stronę internetową HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> lub zadzwonić do Wydziału Zdrowia NYS pod nr 877-690-2211. W przypadku podejrzenia, że osoba nieupoważniona uzyskała dostęp lub zapoznała się z informacjami na temat pacjenta przez Healthix należy zadzwonić do Healthix: 877-695-4749; odwiedzić stronę internetową Healthix: <http://www.healthix.org>; lub zadzwonić do Wydziału Zdrowia NYS pod nr 877-690-2211.
- 6. Ponowne ujawnienie informacji.** Wszelkie informacje dotyczące zdrowia w wersji elektronicznej mogą zostać ponownie ujawnione przez uczestników HIE lub lekarzy Care Everywhere wyłącznie w zakresie dozwolonym przez przepisy prawa stanowego i federalnego. Ma to również zastosowanie wobec informacji dotyczących zdrowia pacjenta w wersji papierowej. Jak określono w punkcie 2 powyżej, w przypadku wyrażenia zgody WSZYSTKIE informacje dotyczące zdrowia w wersji elektronicznej, włączając informacje wrażliwe, będą dostępne poprzez HIE i Healthix. Niektóre przepisy stanowe i federalne wymagają specjalnej ochrony niektórych informacji wrażliwych, włączając informacje dotyczące: (i) oceny zdrowia, leczenia lub badania stanu zdrowia przez określonych lekarzy; (ii) HIV/AIDS; (iii) chorób psychicznych; (IV) opóźnienia umysłowego i upośledzenia rozwoju; (v) nadużywania substancji; oraz (vi) badań na predyspozycje genetyczne. Należy przestrzegać tych specjalnych wymagań w przypadku otrzymywania tego typu wrażliwych informacji dotyczących zdrowia. HIE, Healthix oraz osoby, włączając lekarzy Care Everywhere, którzy mają dostęp do tych informacji poprzez wymianę informacji dotyczących zdrowia muszą zapewnić zgodność z tymi wymaganiami.
- 7. Okres obowiązywania.** Niniejszy formularz zgody obowiązuje do dnia wycofania zgody lub do czasu zaprzestania działania HIE lub 50 lat po śmierci pacjenta, w zależności od tego, co nastąpi później.

8. **Wycofanie zgody.** Istnieje możliwość wycofania zgody w dowolnym momencie poprzez podpisanie nowego formularza zgody i wybranie opcji **ODMAWIAM ZGODY**. Formularze te można uzyskać na stronie internetowej HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Po wypełnieniu należy przesłać faksem pod nr 917-829-2096 lub przekazać lekarzowi.

Uwaga! Organizacje, włączając lekarzy Care Everywhere, które mają dostęp do informacji dotyczących zdrowia pacjenta poprzez HIE i/lub Healthix w momencie obowiązywania zgody mogą skopiować lub włączyć informacje pacjenta do własnej dokumentacji medycznej. Nawet w przypadku późniejszego wycofania zgody nie są one zobowiązane do zwrotu lub usunięcia tych informacji z własnej dokumentacji.

9. **Odmowa zaznaczenia pola wyboru (dokonania wyboru).** Pod warunkiem niezaznaczenia pola „**ODMAWIAM ZGODY**” prawo stanu Nowy Jork umożliwia osobom udzielającym pomocy w sytuacji nagłej na uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, włączając dokumentację dostępną poprzez HIE. W przypadku braku decyzji dokumentacja nie będzie udostępniana poza sytuacjami nagłymi, dozwolonymi przez prawo stanu Nowy Jork.
10. **Kopia formularza.** Pacjent jest uprawniony do uzyskania kopii tego formularza zgody po jego podpisaniu.
11. **Ryzyko odmowy udzielenia zgody.** W przypadku odmowy dostępu przez uczestników HIE oraz lekarzy Care Everywhere do informacji poprzez HIE oraz Healthix lekarz zapewniający opiekę może nie być w stanie uzyskać w odpowiednim czasie krytycznych dla zdrowia informacji na temat pacjenta uzyskanych podczas wcześniejszego kontaktu.