

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер пациента
Адрес пациента		

Я обращаюсь с просьбой о предоставлении доступа к информации о полученном мной медицинском уходе и лечении в соответствии с описанными ниже положениями. Я могу дать согласие или отказать Syracuse Orthopedic Specialists в согласии получить доступ к относящейся ко мне медицинской информации посредством организации обмена данными о здоровье под названием

HealthConnections. Если я дам согласие, доступ к моим медицинским данным из различных учреждений, которые оказывают мне медицинские услуги, может быть получен по компьютерной сети в масштабах штата. **HealthConnections** является некоммерческой организацией, которая обеспечивает обмен информацией о здоровье населения в электронной форме, гарантируя безопасность и конфиденциальность данных в соответствии со стандартами Закона об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан (HIPAA) и законодательством штата Нью-Йорк. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт **HealthConnections** по адресу www.healthconnections.org.

Данные обо мне могут быть получены в случае необходимости оказания мне неотложной помощи, если я не заполню данную форму и не отмечу вариант № 3, в котором сказано, что я отказываю в согласии *даже* в случае необходимости оказания срочной медицинской помощи.

Мой выбор, зафиксированный в данной форме согласия, НЕ отразится на качестве моего медицинского обслуживания. Мой выбор, зафиксированный в данной форме согласия, НЕ может быть основанием для отказа в предоставлении мне услуг медицинского страхования и оплаты моих счетов, а также для доступа к моим медицинским данным с этой целью.

<p>Мой выбор. Отмечен ОДИН вариант, отвечающий моему выбору (галочкой отмечен соответствующий квадрат слева). Я могу заполнить эту форму сейчас или позже. Я также могу изменить свое решение в любое время, подписав новую форму.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на получение Syracuse Orthopedic Specialists доступа ко ВСЕМ моим медицинским данным в электронной форме посредством HealthConnections. в случае необходимости предоставления мне любых медицинских услуг (в том числе неотложной медицинской помощи).</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Я ОТКАЗЫВАЮ В СОГЛАСИИ на получение Syracuse Orthopedic Specialists доступа к моим медицинским данным в электронной форме посредством HealthConnections. <i>даже в случае необходимости оказания срочной медицинской помощи.</i></p>

Если я решу отказать в согласии на получение доступа к моим медицинским данным в электронной форме всем поставщикам услуг и программам медицинского страхования, которые сотрудничают с **HealthConnections**, я могу сделать это, посетив веб-сайт **HealthConnections** по адресу www.healthconnections.org или связавшись с **HealthConnections** по телефону (315) 671-2241 x5.

Я прочитал(-а) данный документ и получил(-а) ответы на все свои вопросы, касающиеся данного документа. Мною также получен экземпляр данной формы.

Подпись пациента или его личного представителя	Дата
Имя и фамилия личного представителя печатными буквами (в случае применимости)	Связь личного представителя с пациентом (в случае применимости)

Сведения о медицинских данных пациента, полученных посредством HealthConnections, и процесс выражения согласия:

- 1. Как может быть использована ваша информация.** Относящаяся к вам медицинская информация в электронной форме будет использована **только** в следующих медицинских целях:
 - **Обеспечение лечения.** Предоставление вам лечения и связанных с ним услуг.
 - **Проверка наличия у вас медицинской страховки.** Проверка наличия у вас медицинской страховки и варианта страхования.
 - **Действия по управлению медицинским обслуживанием.** Это действия, направленные на выбор необходимых вам медицинских процедур, улучшение уровня предоставляемого вам медицинского обслуживания, организация комплексного лечения или поддержка при выполнении рекомендаций врача.
 - **Действия по повышению качества обслуживания.** Оценка и улучшение качества медицинской помощи, оказываемой всем пациентам.
- 2. Какая относящаяся к вам информация включена в данное разрешение.** Выражая согласие, вы разрешаете Поставщику(-ам) услуг получать доступ ко ВСЕЙ информации о вашем здоровье в электронной форме, доступной посредством

HealthConnections. Этим подразумеваются данные, полученные до и после даты подписания данной формы. Ваши медицинские данные могут включать историю ваших болезней или травм (например: диабет или сломанная кость), результаты исследований (например: рентген или анализы крови), а также списки принимаемых вами лекарств. Сюда может относиться также конфиденциальная информация о вашем здоровье, включая, помимо прочего:

употребление алкоголя или наркотиков
генетические (врожденные) заболевания или исследования
психические расстройства

контрацепция и аборты (планирование семьи)
ВИЧ/СПИД
венерические заболевания

Если Вы получали услуги лечения алкогольной или наркотической зависимости, Ваши данные могут включать информацию, касающуюся Ваших диагнозов в отношении алкогольной или наркотической зависимости, лекарств и доз приема, лабораторных анализов, аллергий, истории употребления психоактивных веществ, истории травматизма, данных выписки из больницы, трудовой занятости, условий жизни и социальной поддержки, а также истории страховых возмещений по медицинскому страхованию.

- 3. Откуда поступает информация, связанная с вашим здоровьем.** Информация о вас поступает от медицинских работников или учреждений, которые оказывали вам медицинские услуги или услуги медицинского страхования. В эту группу могут входить больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, медицинские страховые компании, программа Medicaid, а также прочие организации типа ehealth, обменивающиеся информацией о здоровье пациентов по электронным каналам. Полный актуальный перечень можно получить, обратившись в HealthConnections. Вы можете получить обновленный перечень в любое время, посетив веб-сайт HealthConnections. по адресу www.healthconnections.org или связавшись с организацией по телефону (315) 671-2241 x5.
- 4. Кто может получить доступ к информации о вас, если вы дадите согласие.** Только медицинский персонал и врачи Организации(-ий), выполняющие функции, разрешенные в рамках данного документа и описанные в пункте 1.
- 5. Доступ организаций здравоохранения и организаций трансплантационной координации.** Организации здравоохранения на федеральном уровне, уровне штата, а также на местном уровне и некоторые организации трансплантационной координации уполномочены по закону получать доступ к информации о здоровье без разрешения пациента в некоторых целях, связанных с обеспечением общественного здравоохранения и трансплантации органов. Эти организации могут получить доступ к связанной с вами информации посредством HealthConnections независимо от того, даете вы согласие, отказываете в согласии или оставляете форму информированного согласия незаполненной.
- 6. Санкции за незаконный доступ или использование ваших данных.** Существуют санкции за незаконный доступ или использование ваших медицинских данных в электронной форме. Если вы в любое время заподозрите, что кто-либо, не имеющий на то прав, просмотрел ваши данные или получил к ним доступ, свяжитесь с Поставщиком услуг по телефону 315-251-3100 или посетите веб-сайт HealthConnections. по адресу: www.healthconnections.org; или свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-474-4987; или обратитесь с жалобой в Отдел защиты прав человека: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Вторичное раскрытие информации.** Любая относящаяся к вам медицинская информация в электронной форме может быть вторично раскрыта вышеупомянутой(-ыми) организацией(-ями) третьим лицам только в рамках, определенных федеральным законодательством или законами штата. Информация о лечении от наркотической и алкогольной зависимости или конфиденциальная информация, относящаяся к ВИЧ-инфекции, может быть получена и вторично раскрыта, если она снабжена соответствующими заявлениями о запрете вторичного раскрытия.

8. **Срок действия.** Настоящее разрешение остается в силе до тех пор, пока вы его не отзовете, или пока организация Health_eConnections не прекратит существование. Если произойдет объединение Health_eConnections с другой аттестованной организацией, ваше разрешение будет действовать в новой организации.
9. **Изменение вашего выбора.** Вы можете изменить свое решение в любое время и применительно к любой организации-поставщику медицинских услуг или программе медицинского страхования путем отправки новой формы согласия с отмеченным вариантом. Организации, которые получают доступ к вашим медицинским данным посредством Health_eConnections, в течение действия вашего разрешения, могут копировать или включать ваши данные в собственную медицинскую документацию. Даже если вы позже решите отозвать ваше разрешение, эти организации не обязаны возвращать или удалять ваши данные из их систем.
10. **Копия формы.** Вам должна быть предоставлена копия данного документа.