

## Форма согласия пациента на доступ участвующей организации-провайдера к его (ее) информации в ВНИХ

\_\_\_\_\_ («\_\_\_\_\_»)

Я получил (а) документ под названием «Бруклинский взаимобмен медицинской информацией: информационно-просветительский листок» (Brooklyn Health Information Exchange: Educational Fact Sheet, далее ВНИХ). В документе разъясняется функция и назначение ВНИХ, и каким образом я могу дать разрешение на доступ к моей медицинской информации больницам, домам для престарелых и инвалидов, организациям по предоставлению медицинской помощи на дому и другим медицинским учреждениям, которые являются участниками ВНИХ. Если я подпишу данную форму как Законный представитель пациента, я понимаю, что все ссылки в данной форме, где в тексте использованы местоимения «меня» и «мой/моя», подразумевают Пациента. Каждая участвующая организация-провайдер («участвующий провайдер»), которая имеет отношение к предоставлению мне услуг, должна получить от меня отдельное Согласие на доступ к моей медицинской информации через ВНИХ. [\_\_\_\_\_] – участвующий в ВНИХ провайдер. Я понимаю, что, давая нижеприведенной подписью свое Согласие, я настоящим документом даю разрешение [\_\_\_\_\_] , включая всех уполномоченных [\_\_\_\_\_] лиц, использовать ВНИХ для доступа к моей медицинской информации через ВНИХ.

1. **Цель:** я понимаю, что моя медицинская информация будет использована только для предоставления мне медицинского обслуживания и для улучшения качества обслуживания, которое предоставляет [\_\_\_\_\_] всем своим пациентам.
2. **Виды информации:** я понимаю, что настоящим Согласием я даю [\_\_\_\_\_] разрешение на доступ ко ВСЕЙ моей медицинской информации, включая, без ограничения, доступ к защищенной и щепетильной информации о:
  - ВИЧ/СПИДе
  - генетических заболеваниях или тестах
  - болезнях, передаваемых половым путем
  - психическом здоровье
  - лечении алкоголизма или наркозависимости
  - планировании семьи
3. **Источники медицинской информации:** информация, доступ к которой предоставляется через ВНИХ, поступает из разных источников, которые вместе называются «Источники медицинской информации» (“Health Information Sources”). Источники медицинской информации могут включать участвующих провайдеров, других провайдеров медицинских услуг (в частности, аптеки и клинические лаборатории), занимающиеся медицинским страхованием организации, программу медицинского страхования в штате Нью-Йорк Медикайд (New York State Medicaid program), другие обменивающиеся медицинской информацией организации. Полный список существующих в настоящее время источников медицинской информации представлен на веб-сайте [www.bhix.org](http://www.bhix.org). Этот список время от времени обновляется, так как ВНИХ продолжает расти.
4. Настоящее Согласие дает [\_\_\_\_\_] разрешение на доступ к медицинской информации, созданной как до, так и после даты подписания настоящей формы. Я понимаю, что информация обо мне может быть раскрыта и передана дальше [\_\_\_\_\_] только в рамках, разрешенных применимым законодательством и правилами. Я понимаю, что, если я отмечаю графу «даю согласие», то мое Согласие является действительным до тех пор, пока я не отзову его, или ВНИХ не прекратит свою деятельность, в зависимости от того, что из вышеназванного наступит раньше.
5. Я понимаю, что если, изменив свое решение, и захочу отозвать Согласие, я могу подписать Форму отзыва согласия. Если я отзываю свое согласие, то [\_\_\_\_\_] больше не будет иметь регулярный доступ к моей медицинской информации через ВНИХ до тех пор, пока я вновь не дам свое согласие, подписав и заполнив новую Форму согласия пациента. Отзыв согласия не повлияет на обмен медицинской информацией, который совершался во время действия моего Согласия.
6. Я понимаю, что если я отмечу графу «не даю согласия» и заверю своей подписью ниже, то [\_\_\_\_\_] не будет иметь доступа к моей медицинской информации через ВНИХ — даже в чрезвычайных ситуациях.
7. Я понимаю, что решение участвовать в ВНИХ является добровольным. Ни один из участвующих провайдеров услуг не откажет мне в медицинской помощи и мой Отзыв согласия на участие в ВНИХ не повлияет на мое соответствие критериям предоставления мне страхования.
8. Я понимаю, что мне будет предоставлена копия подписанной мною формы.

Настоящим я:  даю согласие  не даю согласия

на доступ [\_\_\_\_\_] ко ВСЕЙ моей медицинской информации из всех источников медицинской информации через ВНИХ.

Имя пациента печатными буквами

Дата рождения пациента

Подпись пациента или его законного представителя

Дата

Имя законного представителя пациента (если применимо)

Кем приходится пациенту его (ее) законный представитель