

Форма согласия на обмен информацией о пациенте в рамках программы Health Home

Наименование программы Health Home _____

Подписывая эту форму, вы соглашаетесь участвовать в программе _____ Health Home. Чтобы участвовать в программе Health Home, у поставщиков медицинских услуг и других лиц, принимающих участие в вашем лечении, должна быть возможность обсуждать между собой ваше лечение и предоставлять друг другу вашу медицинскую информацию, чтобы повысить качество вашего медицинского обслуживания. Участие в программе Health Home поможет обеспечить предоставление вам необходимого медицинского ухода; тем не менее, вы по-прежнему сможете получать медицинский уход и пользоваться медицинским страхованием, даже если вы не подпишете данную форму или не захотите участвовать в программе Health Home.

Программа Health Home может получать вашу медицинскую информацию, в том числе медицинские документы, от партнеров, перечисленных в конце данной формы, и/или от других лиц через компьютерную систему, действующую в организации _____, Regional Health Information Organization (Региональная организация по сбору медицинской информации (RHIO)), и/или компьютерную систему PSYCKES, действующую в управлении New York State Office of Mental Health (Управление психического здоровья штата Нью-Йорк) и/или компьютерную систему TABS/CHOICES. RHIO применяет компьютерную систему для сбора и хранения вашей медицинской информации, в том числе медицинских документов, предоставляемых вашими врачами и поставщиками медицинских услуг, которые сотрудничают с RHIO. RHIO может обмениваться вашей медицинской информацией только с теми лицами, которые получили от вас разрешение на просмотр или получение вашей медицинской информации. Компьютерная система PSYCKES предназначена для сбора и хранения данных о вашем лечении от ваших врачей и поставщиков медицинских услуг, участвующих в программе Medicaid. Компьютерная система TABS/CHOICES, действующая в New York State Office for People With Developmental Disabilities (Управление штата Нью-Йорк для лиц с нарушениями в развитии), предназначена для сбора и хранения данных о ваших нарушениях в развитии.

Если вы дадите свое согласие и подпишете настоящую форму, Health Home и указанные в этой форме партнеры будут иметь право получать, просматривать, читать, копировать и передавать друг другу ВСЮ вашу медицинскую информацию (в том числе все медицинские данные, полученные Health Home от RHIO, и/или от PSYCKES, и/или от TABS/CHOICES), необходимую для оказания вам медицинских услуг, их контроля, а также оценки для повышения уровня медицинского обслуживания пациентов. Медицинская информация, которую им разрешено получать, просматривать, читать, копировать и передавать друг другу, может быть датирована до и после даты подписания вами настоящей формы. Ваша медицинская документация может содержать историю заболеваний или травм, которые вы перенесли или могли перенести; результаты лабораторных анализов, таких как рентгенологические обследования или анализы крови, и перечни лекарственных препаратов, которые вы принимаете в настоящее время или принимали ранее. Ваша медицинская документация может также содержать сведения о:

1. программах для людей с алкогольной или наркотической зависимостью, в которых вы участвуете или участвовали в качестве пациента;
2. услугах по планированию семьи, таких как предупреждение или прерывание беременности;
3. наследственных заболеваниях;
4. ВИЧ/СПИДе;
5. психиатрических заболеваниях;
6. диагностике и услугах по диагностике развития; и/или
7. венерических заболеваниях (заболеваниях, передающихся половым путем).

В соответствии с законами и нормативными актами штата Нью-Йорк и США, ваша медицинская информация является конфиденциальной и недоступной для посторонних лиц без вашего разрешения. Партнеры, имеющие право на получение и просмотр вашей медицинской информации, обязаны соблюдать все эти правовые нормы. Они имеют право передавать вашу информацию третьим лицам только с вашего согласия либо в том случае, если это разрешается законом. Это относится к информации, которая хранится в компьютерной системе или на бумаге. Некоторые законы распространяются на сведения, касающиеся лечения ВИЧ и СПИДа, состояния психического здоровья, употребления алкоголя и наркотических веществ. Эти законы и нормативные акты обязательны для соблюдения программой Health Home и партнерами, которые используют вашу медицинскую информацию.

Прежде чем подписать настоящую форму, внимательно прочитайте информацию, содержащуюся в ней.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ на участие в _____ программе Health Home и на получение программой Health Home ВСЕЙ моей медицинской информации от партнеров, указанных в конце данной формы, и от иных лиц через _____ RHIO и/или через PSYCKES и/или TABS/CHOICES, для предоставления мне медобслуживания или его контроля, проверки моего участия в каком-либо страховом плане и его покрытия, а также для оценки медобслуживания для повышения уровня медицинского ухода для всех пациентов. Я также ДАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы Health Home и указанные в конце этой формы партнеры обменивались друг с другом моей медицинской информацией. Я понимаю, что настоящая форма согласия заменяет собой все другие формы согласия на обмен информацией о пациенте в рамках программы Health Home, подписанные мною ранее в целях обмена моей медицинской информацией. Я могу отменить свое согласие в любой момент, подписав Форму отмены согласия (DON-5058) и предоставив ее одному из партнеров Health Home.

Имя и фамилия пациента печатными буквами

Дата рождения пациента

Подпись пациента или его законного представителя

Дата

Имя и фамилия законного представителя печатными буквами
(если применимо)

Кем законный представитель приходится пациенту
(если применимо)

1. Как партнеры будут использовать мою информацию?

Если вы дадите свое согласие, партнеры будут использовать вашу медицинскую информацию для:

- предоставления вам медицинского обслуживания и его контроля;
- выяснения, есть ли у вас медицинская страховка и какие виды медицинских услуг она покрывает, и
- оценки предоставленного медицинского ухода для повышения уровня обслуживания пациентов.

Принятое вами решение НЕ дает медицинским страховым организациям права на просмотр вашей информации для принятия решений о предоставлении вам медицинской страховки или оплате ваших счетов. Вы можете засвидетельствовать свое решение по данному поводу в отдельной форме, которую должны использовать организации медицинского страхования.

2. Откуда поступает моя медицинская информация?

Медицинская информация о вас поступает от лиц и организаций, предоставлявших вам в прошлом медицинское обслуживание или медицинскую страховку. К ним могут относиться больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, поставщики услуг в связи с отставанием в развитии, программы медицинского страхования (страховые компании), программа Medicaid, а также другие лица и организации, осуществляющие обмен медицинской информацией. Вы можете получить список всех этих лиц и организаций, позвонив по телефону _____ или обратившись к своему менеджеру по медицинскому обслуживанию.

3. Какие законы и нормативные акты определяют порядок предоставления моей медицинской информации третьим лицам?

К этим законам и нормативным актам относятся: Закон штата Нью-Йорк о психической гигиене, раздел 33.13, Закон штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, статья 27-F и нормативные акты федерального правительства о соблюдении конфиденциальности, в том числе Свод федеральных нормативных актов, раздел 42, часть 2, а также Свод федеральных правил, раздел 45, части 160 и 164 (далее эти нормативные акты обозначаются как HIPAA).

4. Кто может получить право на просмотр и получение моей информации, если я дам свое согласие?

Единственные лица, которые могут получить доступ к вашей медицинской информации, — те, кому вы даете разрешение на ее просмотр и получение, в частности, врачи и другие лица, работающие на партнера Health Home, предоставляющего вам медобслуживание; поставщики медицинских услуг, работающие на партнера Health Home, который оказывает вам медицинские услуги и помогающие ему проверить вашу медицинскую страховку или провести оценку вашего медобслуживания для повышения уровня обслуживания всех пациентов. Когда вам оказывают услуги лица, которые не являются вашими обычными врачами или поставщиками услуг, в частности, новая аптека, новая больница или другой поставщик, они могут просматривать или получать определенную информацию. Так, это может быть перечень услуг, покрываемых вашим страховым планом, или наименование вашего поставщика медицинских услуг в рамках программы Health Home.

5. Что делать, если моей информацией воспользовались без моего согласия?

В таком случае вы можете:

- позвонить на горячую линию Medicaid по номеру 1-800-541-2831, или
- обратиться в Департамент здравоохранения и социальных служб США по номеру 1-800-368-1019, или подать жалобу на сайте <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Вы также можете позвонить:

- позвонить одному из поставщиков услуг, который по вашему утверждению, имеет доступ к учетным записям с вашей информацией,
- вашему менеджеру по медицинскому обслуживанию или представителю Health Home: _____ в _____, или
- вашему менеджеру по медицинскому обслуживанию, если вы участвуете в плане по медицинскому обслуживанию.

6. Каков срок действия моего согласия?

Ваше согласие остается в силе, пока вы его не отзовете или не прекратите участие в программе Health Home либо до прекращения работы программы Health Home.

7. Что делать, если позже я изменю свое решение и захочу отменить свое согласие?

Вы можете отменить свое согласие в любое время, подписав форму отзыва согласия (DON-5058) и передав ее одному из партнеров Health Home. Если вы дадите согласие на обмен вашей информацией, все партнеры Health Home, перечисленные в конце этой формы, смогут получать вашу медицинскую информацию. Если вы не хотите, чтобы перечисленные в этой форме партнеры Health Home получали вашу медицинскую информацию, вы должны отозвать свое согласие из программы Health Home. Вы можете получить эту форму, позвонив по телефону _____.

При необходимости ваш менеджер по медицинскому обслуживанию поможет вам заполнить эту форму. Примечание. Если вы впоследствии решите отозвать свое согласие, поставщики услуг, у которых уже есть ваша информация, не обязаны вам ее возвращать или удалять ее из своего архива.

8. Как получить копию этой формы?

Вы можете получить копию этой формы после того, как вы ее подпишете.

При необходимости сделайте копию этой страницы, чтобы перечислить всех участвующих партнеров

Фамилия, имя, отчество пациента

Дата

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера

Наименование участвующего партнера