



**ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE POUFNYCH
INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV***

NAZWISKO PACJENTA/OSKARŻONEGO		IMIE INICJAŁ
NR IDENTYFIKACYJNY	NR SPRAWY	
PLACÓWKA	JEDNOSTKA	

INSTRUKCJE: Sporządzić jedną (1) kopię do dokumentacji pacjenta

Poufne informacje dotyczące HIV to wszelkie informacje wskazujące, iż dana osoba była poddawana badaniu na obecność HIV, jest zakażona HIV, choruje na AIDS lub chorobę powiązaną z HIV lub wszelkie inne informacje, które mogą wskazywać na potencjalne narażenie danej osoby na HIV.

Stosownie do przepisów prawa stanu Nowy Jork, z nielicznymi wyjątkami, poufne informacje dotyczące HIV mogą być podawane jedynie osobom wskazanym przez Pana/Panią, po podpisaniu stosownej zgody. Może Pan/Pani poprosić o listę osób, którym poufne informacje dotyczące HIV mogą zostać podane bez konieczności uprzedniego podpisania formularza zgody. **

Podpisując niniejszy formularz, wyraża Pan/Pani zgodę na podanie poufnych informacji dotyczących HIV osobom wskazanym na formularzu, z wymienionych poniżej powodów. Nie musi Pan/Pani podpisywać tego formularza, a po jego podpisaniu może Pan/Pani w każdej chwili zmienić zdanie.

W przypadku dyskryminacji spowodowanej ujawnieniem informacji dotyczących HIV, można skontaktować się z Wydziałem Praw Człowieka Stanu Nowy Jork dzwoniąc pod numer (888) 392-3644 lub z Nowojorską Komisją ds. Praw Człowieka pod numerem (212) 306-7450. Agencje te są odpowiedzialne za ochronę Pan/Pana praw.

IMIE I NAZWISKO ORAZ ADRES OSOBY PODAJĄCEJ INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV	IMIE I NAZWISKO ORAZ ADRES OSOBY OTRZYMUJĄCEJ INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV
POWODY UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV	
ZAKRES LUB CHARAKTER UDOSTĘPNIANYCH INFORMACJI	
OKRES OBOWIĄZYWANIA ZGODY:	
Od:	do:

Otrzymałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące niniejszego formularza. Wiem, że nie muszę wyrażać zgody na udostępnienie informacji dotyczących HIV, oraz że mogę w każdej chwili zmienić zdanie i wycofać udzieloną zgodę, przy czym wycofanie to nie dotyczy informacji już ujawnionych na podstawie tego dokumentu.

(Podpis pacjenta/oskarżonego)

(Podpis rodzica/opiekuna, jeżeli jest wymagany)

(Imię i nazwisko pacjenta/oskarżonego drukiem)

(Imię i nazwisko

rodzica/opiekuna drukiem)

* Ludzki wirus upośledzenia odporności to wirus, który może powodować AIDS (zespół nabytego braku odporności).

** Przepisy prawa federalnego dotyczące dokumentacji pacjentów leczących się z uzależnień (42 CFR Cz. 2) mogą wymagać zgody pacjenta lub nakazu sądowego nawet w przypadkach, gdy nie jest to wymagane przepisami prawa stanowego.