

Upoważnienie do udostępniania i wymiany informacji o zdrowiu behawioralnym

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia	Numer identyfikacyjny pacjenta
Adres pacjenta		

Ja lub upoważniony przeze mnie przedstawiciel składamy wniosek o przekazanie informacji dotyczących zdrowia w odniesieniu do mojej opieki i leczenia zgodnie z niniejszym formularzem. Rozumiem, że:

- Niniejsze upoważnienie może obejmować ujawnienie wszystkich moich informacji zdrowotnych, w tym m.in. – w stosownych przypadkach – wszelkich informacji dotyczących LECZENIA ALKOHOLIZMU I UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW, LECZENIA W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO, łącznie z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ*, informacjami GENETYCZNYMI, dotyczącymi PLANOWANIA RODZINY oraz informacjami NA TEMAT HIV/AIDS. W przypadku, gdy opisane poniżej informacje o stanie zdrowia obejmują którykolwiek z tych rodzajów informacji, wyraźnie upoważniam do udostępniania tych informacji podmioty wskazane w Pkt. 6.
- Z pewnymi wyjątkami raz ujawnione informacje zdrowotne mogą być ponownie ujawnione przez podmiot otrzymujący. Jeżeli udzielam upoważnienia do ujawniania informacji związanych z HIV/AIDS, leczeniem alkoholizmu lub uzależnieniem od narkotyków albo leczeniem zdrowia w zakresie psychicznego, w tym informacji zawartych w dokumentacji medycznej*, informacji genetycznych i/lub informacji dotyczących planowania rodziny, podmiot otrzymujący nie może ponownie ujawniać takich informacji ani wykorzystywać ujawnionych informacji w jakimkolwiek celu innym niż cel wskazany w niniejszym upoważnieniu bez mojego dalszego upoważnienia, chyba że zezwala na to prawo federalne lub stanowe. W przypadku dyskryminacji ze względu na ujawnienie informacji dotyczących HIV/AIDS mogą skontaktować się z Wydziałem Praw Człowieka stanu Nowy Jork (New York State Division of Human Rights) pod numerem 1-888-392-3644. Instytucja ta jest odpowiedzialna za ochronę moich praw.
- Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnej chwili, wysyłając pisemne powiadomienie do świadczeniodawcy wymienionemu w Pkt. 5. Rozumiem, że mam prawo wycofać to upoważnienie, chyba że na jego podstawie podjęto już działania.
- Podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne. Rozumiem, że ogólny dostęp do usług nie będzie uzależniony od mojej zgody na ujawnienie informacji. Rozumiem jednak, że w pewnych okolicznościach może zostać mi odmówione leczenie, jeśli nie podpiszę niniejszej zgody.

5. Nazwa i adres dostawcy lub podmiotu, któremu zostaną ujawnione lub udostępnione te informacje:	
6. Nazwa i adres podmiotu odpowiedzialnego za udostępnianie oraz wymianę informacji: Upoważniam wyżej wymieniony Podmiot do kontaktu z wymienionymi poniżej świadczeniodawcami w celu uzyskania dostępu do moich danych osobowych dotyczących zdrowia i ułatwienia koordynacji wszelkich potrzebnych usług. Aby można było ocenić jakość usług, które otrzymuję, wyrażam również zgodę na wszelką niezbędną komunikację między tą placówką a poniższymi podmiotami w związku ze swoją historią leczenia nadużywania alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych oraz propozycjami świadczeń leczenia:	
<ul style="list-style-type: none"> • Biuro ds. Alkoholizmu i Nadużywania Substancji w stanie Nowy Jork (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) oraz • Inne: _____ 	
7. Celem tego ujawnienia jest umożliwienie upoważnionym podmiotom komunikowania się z Biurem ds. Alkoholizmu i Nadużywania Substancji (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) dla ułatwienia zgłoszeń.	
8. Moje informacje zdrowotne mogą być ujawniane i udostępniane przez okres dwóch (2) lat od ostatniej daty usługi lub do chwili odwołania.	
9. Imię i nazwisko osoby podpisującej formularz, jeśli pacjent nie składa podpisu:	10. Pełnomocnictwo do złożenia podpisu w imieniu pacjenta:

Wszystkie pozycje tego formularza zostały wypełnione, uzyskałem(-am) odpowiedź na pytania dotyczące tego formularza oraz otrzymałem(-am) kopię tego formularza.

PODPIS PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO

DATA

Oświadczenie świadka / podpis świadka: Byłem(-am) świadkiem sporządzenia niniejszego upoważnienia i stwierdzam, że kopia podpisanego upoważnienia została przekazana pacjentowi i/lub upoważnionemu przedstawicielowi pacjenta.

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ STANOWISKO PRACOWNIKA

PODPIS

DATA

Ten formularz został zatwierdzony przez Biuro ds. Alkoholizmu i Nadużywania Substancji w stanie Nowy Jork, aby umożliwić ujawnianie informacji zdrowotnych. Jednak formularz ten nie wymaga od dostawców usług medycznych udostępniania informacji o zdrowiu.

Do informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków lub poufnych informacji dotyczących HIV udostępnionych za pośrednictwem tego formularza należy dołączyć wymagane oświadczenia dotyczące zakazu ponownego ujawnienia.

* Uwaga: Informacje z dokumentacji medycznej na temat zdrowia psychicznego można ujawniać zgodnie z niniejszym upoważnieniem stronom określonym w niniejszym dokumencie, które mają udokumentowaną potrzebę uzyskania tych informacji, pod warunkiem, że nie ma racjonalnych przesłanek, iż ujawnienie informacji byłoby szkodliwe dla pacjenta lub innej osoby.