



Upoważnienie do ujawnienia informacji dotyczących zdrowia (w tym informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków i zdrowia psychicznego oraz poufnych informacji na temat HIV/AIDS)

Sekcja I. Informacje o pacjencie

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia:	Nr dokumentacji medycznej:
Adres pacjenta:	Nr telefonu:	Adres e-mail:

Sekcja II. Informacje dotyczące upoważnienia

Ja lub mój upoważniony przedstawiciel wnioskuję o udostępnienie informacji dotyczących mojego leczenia i opieki zdrowotnej zgodnie z treścią niniejszego formularza. Rozumiem i potwierdzam, że:

1. Niniejsze upoważnienie może zostać wykorzystane do ujawnienia wszystkich chronionych informacji zdrowotnych, w tym INFORMACJI DOTYCZĄCYCH LECZENIA ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH, LECZENIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH oraz POUFNYCH INFORMACJI NA TEMAT HIV/AIDS. Informacje dotyczące leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, leczenia zdrowia psychicznego oraz HIV/AIDS mogą być ujawnione wyłącznie osobom wymienionym w punkcie 10, pod warunkiem że wyraźnie upoważnię do ujawnienia takich informacji, wpisując swoje inicjały w odpowiednim miejscu w punkcie 13.
2. Informacje zawarte w dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia psychicznego mogą zostać ujawnione na podstawie niniejszego upoważnienia stronom wskazanym w niniejszym dokumencie, które mają wyraźną potrzebę uzyskania tych informacji, pod warunkiem że ujawnienie tych informacji nie będzie miało negatywnego wpływu na pacjenta lub inną osobę.
3. Z pewnymi wyjątkami, informacje dotyczące zdrowia, które zostały raz ujawnione, mogą zostać ponownie ujawnione przez odbiorcę. Jeśli wyrażam zgodę na ujawnienie informacji dotyczących zdrowia związanych z HIV/AIDS, leczenia uzależnień lub leczenia zdrowia psychicznego, odbiorca nie może ponownie ujawniać takich informacji ani wykorzystywać ujawnionych informacji do jakichkolwiek innych celów bez mojej zgody, chyba że jest to dozwolone na mocy prawa federalnego lub stanowego. Jeśli doświadczę dyskryminacji z powodu ujawnienia lub przekazania informacji związanych z HIV/AIDS, mogę skontaktować się z Wydziałem Praw Człowieka stanu Nowy Jork, agencją odpowiedzialną za ochronę moich praw, pod numerem 1-888-392-3644.
4. Mam prawo do wycofania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie, pisząc do dostawcy lub podmiotu wymienionego poniżej w punkcie 9. Mogę wycofać niniejsze upoważnienie, z wyjątkiem sytuacji, w których podjęto już działania na podstawie niniejszego upoważnienia.
5. Niniejsze upoważnienie może zostać wypełnione i podpisane elektronicznie, zgodnie z ustawą o podpisach elektronicznych i dokumentacji elektronicznej, w tym za pośrednictwem elektronicznej dokumentacji medycznej dostawcy. Dostawcy muszą zapewnić możliwość wydrukowania i/lub dostarczenia w zatwierdzonym formacie pacjentowi, przedstawicielowi pacjenta i/lub zamierzonym odbiorcom.
6. Podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne. Rozumiem, że zasadniczo moje leczenie, płatności, przystąpienie do programu opieki zdrowotnej lub uprawnień do świadczeń nie będą uzależnione od mojego wyrażenia zgody na ujawnienie tych informacji. Rozumiem jednak, że w niektórych okolicznościach mogę nie otrzymać leczenia, jeśli nie podpiszę tej zgody.
7. Muszę wypełnić wszystkie pozycje w tym formularzu. Jeśli którekolwiek pola pozostaną puste, formularz zostanie unieważniony.
8. Dostarczono mi odpowiedzi na moje pytania dotyczące tego formularza oraz jego kopię.

Pacjent odmówił kopii



Upoważnienie do ujawnienia informacji dotyczących zdrowia (w tym informacji dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu/narkotyków i zdrowia psychicznego oraz poufnych informacji na temat HIV/AIDS)

Sekcja III. Informacje dotyczące ujawniania

9. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe dostawcy upoważnionego do ujawniania tych informacji:

10. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe osoby/osób, dla których te informacje będą ujawniane:

11. Cel ujawnienia informacji: _____
12. O ile wcześniej nie zostanie przeze mnie wycofane, niniejsze upoważnienie do ujawnienia informacji dotyczących mojego stanu zdrowia wygaśnie w przypadku wystąpienia zdarzenia lub w dniu określonym poniżej:

Sekcja IV. Informacje na temat zdrowia

13. Wyrażam zgodę na ujawnienie następujących chronionych informacji zdrowotnych:
- Części mojej dokumentacji medycznej od (wpisać datę) _____ do (wpisać datę) _____
- Całej dokumentacji medycznej, w tym historii pacjenta, notatek z gabinetu (z wyjątkiem oddzielnych notatek z psychoterapii), wyników badań, badań radiologicznych, filmów, skierowań, konsultacji, dokumentacji rozliczeniowej, dokumentacji ubezpieczeniowej oraz dokumentacji przesłanej przez innych świadczeniodawców.
- Inne (należy określić): _____

Aby informacje dotyczące leczenia zdrowia psychicznego, leczenia SUD oraz HIV/AIDS mogły zostać udostępnione, należy zaznaczyć odpowiednie pole, wpisać swoje inicjały i datę poniżej, wskazując konkretne informacje, które mają zostać ujawnione.

- Dokumentacja kliniczna z programów zdrowia psychicznego* Parafka: _____ Data: _____
- Dokumentacja z programów leczenia SUD Parafka: _____ Data: _____
- Informacje na temat HIV/AIDS Parafka: _____ Data: _____

Sekcja V. Podpis

14. Podpis pacjenta lub przedstawiciela osobistego: _____
15. Data: _____
16. Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami):

17. Jeśli nie pacjent, imię i nazwisko przedstawiciela osobistego (drukowanymi literami):

18. Uprawnienia osobistego przedstawiciela do podpisywania dokumentów w imieniu pacjenta:

Formularz ten może być używany zamiast formularzy DOH2557, DOH5032 lub OMH 11 i został zatwierdzony przez Urząd ds. Zdrowia Psychicznego stanu Nowy Jork (NYS Office of Mental Health) w celu zezwolenia na ujawnienie informacji dotyczących zdrowia lub dokumentacji klinicznej dotyczącej zdrowia psychicznego. Jednakże formularz ten nie wymaga od podmiotów świadczących usługi medyczne ujawniania informacji dotyczących zdrowia. Leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, leczenie zdrowia psychicznego lub poufne informacje związane z HIV ujawnione za pośrednictwem niniejszego formularza muszą być opatrzone wymaganymi oświadczeniami dotyczącymi zakazu ponownego ujawniania.