

نام ارائه‌دهنده/مرکز

درباره PSYCKES

دفتر سلامت روان ایالت نیو یارک (NYS)، سامانه خدمات روان‌پزشکی و ارتقای دانش بالینی (PSYCKES) را مدیریت می‌کند. این پایگاه داده آنلاین بخشی از سوابق پزشکی شما و سایر اطلاعات مربوط به سلامت شما را ذخیره می‌کند. این سامانه می‌تواند به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شما کمک کند تا در زمان نیاز، مراقبت مناسب را ارائه دهند. اطلاعات موجود در PSYCKES از سوابق پزشکی شما، پایگاه داده Medicaid ایالت NYS و منابع دیگر به دست می‌آید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این برنامه و اینکه داده‌های شما از کجا می‌آید، به www.psyckes.org بروید و روی کسب باره‌های PSYCKES کلیک کنید.

این داده‌ها شامل موارد زیر است:

- نام، تاریخ تولد، آدرس و سایر اطلاعاتی که هویت شما را مشخص می‌کند؛
- خدمات سلامت شما که هزینه آن توسط Medicaid پرداخت شده است؛
- سوابق مراقبت سلامت شما، مانند بیماری‌ها یا آسیب‌های درمان‌شده، نتایج آزمایش‌ها و داروها؛
- سایر اطلاعاتی که شما یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شما وارد سامانه می‌کنید، مانند طرح اطمینی سلامت.

آنچه باید انجام دهید

اطلاعات شما محرمانه است، یعنی دیگران برای مشاهده آن به اجازه نیاز دارند. اگر می‌خواهید به ارائه‌دهندگان خدمات خود اجازه دسترسی به سوابق‌تان را بدهید یا این اجازه را ندهید، اکنون یا هر زمان دیگری این فرم را تکمیل کنید. انتخاب شما بر حق شما برای دریافت مراقبت پزشکی یا پوشش بیمه سلامت تأثیری نخواهد داشت. لطفاً پیش از علامت زدن یکی از کادرهای زیر، پشت این صفحه را با دقت بخوانید.

انتخاب کنید:

- اگر می‌خواهید این ارائه‌دهنده خدمات و کارکنان او که در مراقبت از شما نقش دارند، اطلاعات PSYCKES شما را ببینند، گزینه «رضایت می‌دهم» را انتخاب کنید.
- اگر نمی‌خواهید آن‌ها این اطلاعات را ببینند، گزینه «رضایت نمی‌دهم» را انتخاب کنید.

اگر رضایت ندهید، در برخی موارد ممکن است این ارائه‌دهنده بتواند اطلاعات سلامت شما را در PSYCKES ببیند — یا آن را از ارائه‌دهنده دیگری دریافت کند — در صورتی که قوانین و مقررات ایالتی و فدرال چنین اجازه‌ای بدهند. برای مثال، اگر Medicaid درباره کیفیت مراقبت سلامت شما نگرانی داشته باشد، ارائه‌دهنده شما ممکن است برای کمک به تشخیص اینکه آیا شما مراقبت مناسب را در زمان مناسب دریافت می‌کنید یا نه، به PSYCKES دسترسی پیدا کند.

انتخاب شما. لطفاً فقط 1 کادر را علامت بنویسید.

☐ من رضایت می‌دهم که ارائه‌دهنده خدمات و کارکنان او که در مراقبت از من نقش دارند، در ارتباط با خدمات مراقبت سلامت من به اطلاعات سلامت من دسترسی داشته باشند.

☐ من رضایت نمی‌دهم که این ارائه‌دهنده به اطلاعات سلامت من دسترسی داشته باشد، اما می‌دانم که ممکن است در مواردی که قوانین و مقررات ایالتی و فدرال اجازه می‌دهد، بتواند آن را ببیند.

تاریخ تولد بیمار

نام بیمار را با حروف خوانا بنویسید

شماره Medicaid بیمار

تاریخ

امضای بیمار یا نماینده قانونی بیمار

نام نماینده قانونی را به‌صورت خوانا بنویسید
(در صورت وجود)

نسبت نماینده قانونی با بیمار
(در صورت وجود)

1 اراندهندگان خدمات چگونه می‌توانند از اطلاعات سلامت شما استفاده کنند. آن‌ها فقط برای موارد زیر می‌توانند از آن استفاده کنند:

- ارائه درمان پزشکی، هماهنگی مراقبت و خدمات مرتبط.
- ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های پزشکی.
- اطلاع‌رسانی به اراندهندگان درمان شما در شرایط اضطراری (برای مثال، اگر به اورژانس مراجعه کنید).

2 چه اطلاعاتی را می‌توانند مشاهده کنند. اگر رضایت بدهید، می‌توانند به تمام اطلاعات سلامت شما در PSYCKES دسترسی داشته باشند. این اطلاعات می‌تواند شامل اطلاعات موجود در پرونده سلامت شما باشد، مانند بیماری‌ها یا آسیب‌ها (برای مثال، دیابت یا شکستگی استخوان)، نتایج آزمایش‌ها (رادیوگرافی، آزمایش خون یا غربالگری‌ها)، نتایج ارزیابی‌ها و داروها. همچنین ممکن است شامل برنامه‌های مراقبتی، برنامه‌های ایمنی و دستورالعمل‌های پیشرفته روان‌پزشکی باشد که شما و اراندهنده درمانتان تهیه کرده‌اید. این اطلاعات همچنین ممکن است به شرایط حساس سلامت مربوط باشد، از جمله اما نه محدود به موارد زیر:

- بیماری‌ها یا آزمایش‌های ژنتیکی (ارثی)
- مصرف الکل یا مواد مخدر
- پیگیری از بارداری و سقط جنین (تنظیم خانواده)
- بیماری‌های مقاربتی
- شرایط سلامت روان
- HIV/AIDS

3 اطلاعات از کجا می‌آید. تمام خدمات سلامت شما که هزینه آن‌ها توسط Medicaid پرداخت شده باشد، بخشی از پرونده شما خواهد بود. همچنین خدماتی که از یک مرکز روان‌پزشکی تحت مدیریت ایالت دریافت کرده‌اید نیز در پرونده ثبت می‌شود. بخشی از اطلاعات پرونده پزشکی شما، اما نه همه آن، در PSYCKES ذخیره می‌شود، همچنین اطلاعاتی که شما و پزشکتان وارد می‌کنید نیز در آن ثبت می‌شود. پرونده آنلاین شما شامل اطلاعات سلامت از سایر پایگاه‌های داده NYS است و ممکن است پایگاه‌های داده جدیدی نیز به آن افزوده شوند. برای مشاهده فهرست به‌روز منابع داده و کسب اطلاعات بیشتر درباره PSYCKES، به www.psyckes.org مراجعه کرده و بخش «About PSYCKES» را مشاهده کنید یا از اراندهنده خدمات خود بخواهید فهرست را برای شما چاپ کند.

4 چه کسانی با رضایت شما می‌توانند به اطلاعاتتان دسترسی داشته باشند. پزشکان و سایر کارکنانی که در مراقبت از شما مشارکت دارند، همچنین اراندهندگان خدمات درمانی که به جای آن‌ها خدمات ارائه می‌کنند یا در حالت کشیک برای کارکنانی که وظایف ذکر شده در شماره 1 بالا را انجام می‌دهند نیز می‌توانند به اطلاعات شما دسترسی داشته باشند.

5 دسترسی یا استفاده نادرست از اطلاعات شما. برای دسترسی یا استفاده نادرست از اطلاعات سلامت شما در PSYCKES مجازات‌هایی در نظر گرفته شده است. اگر هر زمان گمان کردید شخصی اطلاعات شما را مشاهده یا به آن دسترسی پیدا کرده است، در حالی که نباید چنین دسترسی می‌داشت، با شماره زیر تماس بگیرید:

- در _____، یا
- دفتر روابط با مشتریان اداره سلامت روان NYS به شماره 8481-597-800.

6 اشتراک‌گذاری اطلاعات شما. تنها در مواردی که قوانین و مقررات ایالتی یا فدرال اجازه دهند، ممکن است اطلاعات سلامت شما با دیگران به اشتراک گذاشته شود. این موضوع درباره اطلاعات سلامت، چه بصورت الکترونیکی و چه کاغذی، صدق می‌کند. برخی قوانین ایالتی و فدرال همچنین حمایت‌های ویژه و الزامات اضافی برای افشای اطلاعات حساس سلامت، مانند HIV/AIDS و درمان مواد مخدر و الکل فراهم می‌کنند.¹

7 مدت اعتبار. این فرم رضایت تا 3 سال پس از آخرین تاریخی که خدمات دریافت کرده‌اید یا تا روزی که رضایت خود را پس بگیرید، هر کدام زودتر فرا برسد، معتبر است.

8 پس گرفتن رضایت. شما می‌توانید در هر زمان رضایت خود را پس بگیرید، با امضا و ارائه فرم «پس گرفتن رضایت» به _____ . همچنین می‌توانید در هر زمان با امضای یک فرم رضایت جدید، انتخاب خود را تغییر دهید. می‌توانید این فرم را از www.psyckes.org دریافت کنید یا با تماس با اراندهنده خدمات خود در _____ در _____ لطفاً توجه داشته باشید، اراندهندگانی که اطلاعات سلامت شما را از طریق _____ در مدت اعتبار این فرم رضایت دریافت می‌کنند، ممکن است از اطلاعات شما نسخه تهیه کرده یا آن را در پرونده پزشکی خود ثبت کنند. اگر رضایت خود را پس بگیرید، آن‌ها ملزم به بازگرداندن اطلاعات یا حذف آن از پرونده‌های خود نیستند.

9 نسخه فرم. پس از امضای آن می‌توانید یک نسخه از این فرم رضایت را دریافت کنید.