



提供商/机构名称

关于 PSYCKES

精神病服务和临床增强系统 (PSYCKES) 由纽约州 (NYS) 心理健康办公室 (Office of Mental Health) 负责维护。这是一个在线数据库，其中存储了您的部分病史和其他健康信息。在您需要时，这可帮助您的医疗服务提供商为您提供适当的护理。

PSYCKES 中的信息来自您的病历、纽约州医疗补助计划 (Medicaid) 数据库和其他来源。访问 www.psyckes.org，点击“关于 PSYCKES”，了解更多有关该计划及数据来源的信息。

这些数据包括：

- 您的姓名、出生日期、地址和其他身份信息；
- 由 Medicaid 医疗保险支付的健康服务；
- 您的医疗护理历史，例如经治疗的疾病或损伤、检查结果和用药情况；
- 您或您的医疗服务提供商在该系统中输入的其他信息，例如健康安全计划等。

您需要做的事

您的信息属于保密信息，他人必须获得许可才能查看。如果您希望授权或拒绝您的提供商访问您的档案，请现在或以后随时填写此表。您的选择不会影响您获得医疗护理或医疗保险的权利。

请先仔细阅读本页背面的内容，然后勾选以下方框之一。选择：

- “我同意”，表示您同意此提供商及其为您提供护理的工作人员查看您的 PSYCKES 信息。
- “我不同意”，表示您不同意他们查看。

如果您不同意，但在某些情况下，提供商可依据州和联邦法律法规在 PSYCKES 中查看或从其他提供商处获得您的健康信息。¹例如，如果 Medicaid 担心您的医疗护理质量，您的提供商将可访问 PSYCKES，以便帮助他们确定您是否适时获得了相应的医疗服务。

您的选择。仅可勾选一个方框。

我同意此提供商及其为我提供护理的工作人员访问与我的医疗护理服务相关的健康信息。

我不同意此提供商访问我的健康信息，但我知道，在州和联邦法律法规允许的情况下，他们可以访问。

患者正楷签名

患者出生日期

患者的 Medicaid ID 号码

患者或患者法定代表人签名

日期

法定代表人正楷签名（如适用）

法定代表人与患者的关系（如适用）

¹ 法律法规包括《纽约心理卫生法》(NY Mental Hygiene Law) 第 33.13 节、《纽约公共健康法》(NY Mental Hygiene Law) 第 27-F 条和联邦保密规定，包括《美国联邦法规》(CFR) 第 42 篇第 2 部分以及第 45 篇第 160 和 164 部分（也称为“《健康保险隐私及责任法案》(HIPAA)”）。

- 1 **提供商可以如何使用您的健康信息。**他们仅可将您的健康信息用于以下目的：
 - 提供医学治疗、护理协调和相关服务。
 - 评估和改善医疗护理质量。
 - 在紧急情况下（例如您需要急诊时）通知您的治疗提供商。
- 2 **他们可以访问什么信息。**如果您同意，_____可以在 PSYCKES 中查看您的所有健康信息。包括您的健康档案中的信息，例如疾病或损伤（例如糖尿病或骨折）、检查结果（X 射线、血液检查或筛查）、评估结果和用药情况。可能包括您和治疗提供商制定的护理计划、安全计划和精神疾病预先指示。可能还涉及一些敏感的健康状况，包括但不限于：
 - 心理健康状况
 - 酗酒或吸毒
 - 避孕和堕胎（计划生育）
 - 基因（遗传性）疾病或检查
 - 艾滋病毒/艾滋病
 - 性传播疾病
- 3 **信息来源。**您的档案中会记录由 Medicaid 支付的任何健康服务。您从国营精神病学中心获得的服务也会纳入其中。您的病历以及您和医生输入的数据中，有部分（但非全部）信息会存储在 PSYCKES 中。您的在线档案中包括来自纽约州其他数据库的健康信息，数据库还可能会扩增。有关现有数据来源列表和 PSYCKES 的更多信息，请访问 www.psyckes.org 查看“关于 PSYCKES”，或请求您的提供商为您打印列表。
- 4 **您同意后，哪些人可以访问您的信息。**_____为我提供护理的医生和其他工作人员，以及涉及或_____要求的医疗服务提供商。执行上述第 1 条所列职责的员工也可以访问您的信息。
- 5 **不当访问或使用您的信息。**不当访问或使用您的 PSYCKES 健康信息会受到处罚。如果您怀疑无权限的某人查看或访问了您的信息，请致电：
 - _____，电话：_____；或
 - 纽约州精神健康客户关系办公室 (NYS Office of Mental Health Customer Relations)，电话：**800-597-8481**。
- 6 **告知您的情况。**只有在州或联邦法律法规允许的情况下，_____才能与他人分享您的健康信息。这些规定对电子或纸质形式的健康信息也适用。部分州和联邦法律还设立了特殊保护规定和附加要求，规定披露敏感健康信息，例如艾滋病毒/艾滋病、吸毒和酗酒治疗情况。¹
- 7 **有效期。**本同意书有效期为自您在_____接受服务最后日期起的 3 年内，或直至您撤销同意之日，以先到者为准。
- 8 **撤销同意。**您可随时撤销同意，只需签署撤销同意书并提交至_____即可。您也可以随时签署新的同意书，更改您的选择。您可以访问 www.psyckes.org 获取这些文件，或致电 _____（电话：_____）请求您的提供商提供。请注意，提供商在本同意书有效期内，通过_____获取您的健康信息时，可以在其病历中复制或包含您的信息。您撤销同意后，他们无义务归还这些信息或将其从档案中删除。
- 9 **同意书副本。**签署本同意书后，您会收到一份副本。

¹ 法律法规包括《纽约心理卫生法》(NY Mental Hygiene Law) 第 33.13 节、《纽约公共健康法》(NY Mental Hygiene Law) 第 27-F 条和联邦保密规定，包括《美国联邦法规》(CFR) 第 42 篇第 2 部分以及第 45 篇第 160 和 164 部分（也称为“《健康保险隐私及责任法案》(HIPAA)”）。