

Название агентства/заведения, предоставляющего услуги

Что вам необходимо сделать

Информация о PSYCKES

Системой психиатрических услуг и улучшения клинической практики (Psychiatric Services and Clinical Enhancement System («PSYCKES»)) заведует Управление по вопросам охраны психического здоровья штата Нью-Йорк (New York State Office of Mental Health). В этой онлайн-базе данных хранится часть вашей медицинской истории и другая информация о вашем здоровье. Данная информация может помочь вашим поставщикам медицинских услуг предоставить вам надлежащее медицинское обслуживание, когда оно вам необходимо.

Информация поступает в PSYCKES из ваших медицинских карт, базы данных Medicaid штата Нью-Йорк и других источников. Зайдите на веб-сайт www.psyckes.org и нажмите на **About PSYCKES**, чтобы узнать больше о программе и откуда поступают ваши данные.

Эти данные включают:

- Ваше полное имя, дату рождения, адрес и другую идентифицирующую вас информацию;
- Ваши медицинские услуги, которые оплачиваются через Medicaid;
- Ваш медицинский анамнез, такой как болезни или травмы, результаты анализов и лекарства;
- Другую информацию, которую вы или ваши поставщики медицинских услуг ввели в систему, например, план обеспечения безопасности здоровья.

Ваша информация является конфиденциальной, это означает, что для её просмотра необходимо разрешение. Вы можете заполнить этот бланк сейчас или в любое другое время, если вы хотите предоставить или закрыть вашим поставщикам услуг доступ к вашей медицинской информации. Ваш выбор не повлияет на ваше право на медицинское обслуживание или медицинское страхование.

Внимательно прочитайте обратную сторону этой страницы, прежде чем ставить отметку в одном из полей ниже. Выберите:

- «Я ДАЮ СОГЛАСИЕ», если вы хотите, чтобы данный поставщик услуг и его персонал, участвующие в вашем лечении, имели доступ к вашей информации PSYCKES.
- «Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ», если вы не хотите, чтобы у них был доступ к вашей информации.

Если вы не даёте согласие, в некоторых случаях этот поставщик может увидеть вашу медицинскую информацию в PSYCKES или получить её у другого поставщика услуг, когда федеральные законы и правила, а также законы и правила на уровне штата позволяют это.¹ Например, если Medicaid обеспокоено качеством вашего медицинского обслуживания, ваш поставщик услуг может получить доступ к PSYCKES, чтобы помочь им определить, получаете ли вы надлежащий уход, когда вам это необходимо.

Ваш выбор. Вы должны отметить только одно поле.

- Я ДАЮ СОГЛАСИЕ** данному поставщику услуг и его сотрудникам, участвующим в моём лечении, на доступ к моей медицинской информации, связанной с моими медицинскими услугами.
- Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ** данному поставщику услуг на доступ к моей медицинской информации, но я понимаю, что он может получить к ней доступ, когда федеральные законы и правила, а также законы и правила на уровне штата позволяют это.

Полное имя пациента (печатными буквами)

Дата рождения пациента

Идентификационный номер Medicaid пациента

Подпись пациента или законного представителя пациента

Дата

Полное имя законного представителя, печатными буквами (если применимо)

Связь законного представителя с пациентом (если применимо)

¹ Законы и нормативные акты включают в себя закон штата Нью-Йорк о психогигиене (NY Mental Hygiene Law), раздел 33.13, закон штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении (NY Public Health Law), статья 27-F, и федеральные нормативные акты о соблюдении конфиденциальности, в том числе 42 CFR часть 2 и 45 CFR части 160 и 164 (также называемые «Об ответственности и переносе медицинской информации» (Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA))).

- 1 Как поставщики услуг могут использовать вашу медицинскую информацию.** Они могут использовать её только в следующих целях:

 - Для оказания медицинской помощи, координации ухода и предоставления сопутствующих услуг.
 - Для оценки и улучшения качества медицинской помощи.
 - Для того, чтобы сообщить вашим лечащим врачам о чрезвычайной ситуации (например, если вы попадёте в отделение неотложной помощи).
- 2 К какой информации они могут получить доступ.** Если вы дали согласие, _____ может видеть ВСЮ вашу медицинскую информацию в PSYCKES. Это может включать информацию из ваших медицинских карт, такую как болезни или травмы (например, диабет или перелом), результаты анализов (рентген, анализы крови или обследования), результаты оценки и лекарства. Также туда могут быть включены планы ухода, планы безопасности и дополнительные указания для психиатров, разработанные вами и вашим врачом. Эта информация также может относиться к вопросам здоровья, которые могут быть весьма деликатными, включая, но не ограничиваясь следующим:

 - Состояние психического здоровья
 - Употребление алкоголя или наркотиков
 - Контрацепция и аборты (семейное планирование)
 - Генетические (наследственные) заболевания или тесты
 - ВИЧ/СПИД
 - Венерические заболевания
- 3 Откуда поступает эта информация.** Все ваши медицинские услуги, которые оплачиваются через Medicaid, будут частью ваших медицинских данных. Туда также входят услуги, которые вы получили через государственный психиатрический центр. Часть информации из ваших медицинских карт, но не вся, хранится в PSYCKES, включая данные, которые были введены вами и вашим врачом. Ваши данные онлайн содержат информацию о вашем здоровье из других баз данных штата Нью-Йорк, и к ним могут быть добавлены новые базы данных. Вы можете найти текущий список источников данных и дополнительную информацию о PSYCKES по адресу: www.psyckes.org, нажав на ссылку "About PSYCKES", или попросите вашего поставщика услуг распечатать для вас этот список.
- 4 Кто может получить доступ к вашей информации, если вы дали на это согласие.** Врачи и другой персонал _____, участвующий в вашем лечении, а также поставщики медицинских услуг, которые заменяют или приезжают по вызову от _____, Сотрудники, которые выполняют обязанности, перечисленные в пункте №1 выше, также могут получить доступ к вашей информации.
- 5 Неправомерный доступ или использование вашей информации.** За неправомерный доступ или использование вашей медицинской информации PSYCKES предусмотрены санкции. Если вы подозреваете, что кто-то видел или получал доступ к вашей информации, не имея на это права, звоните в:

 - _____ по номеру _____ или в
 - Управление по вопросам охраны психического здоровья штата Нью-Йорк, отдел обслуживания клиентов по номеру: **800-597-8481**.
- 6 Обмен вашей информацией.** _____ может передавать информацию о вашем здоровье другим лицам, только если это разрешено законодательством штата или федеральным законодательством. Это относится к медицинской информации в электронном и бумажном виде. В некоторых законах на уровне штата и федеральных законах также предусмотрены специальные меры защиты и дополнительные требования для раскрытия конфиденциальной медицинской информации, такой как информации о ВИЧ/СПИД, а также о лечении от наркотической и алкогольной зависимости.¹
- 7 Срок действия.** Данный бланк согласия действителен в течение 3 лет после последней даты получения вами услуг от _____, или до дня, когда вы отзовёте своё согласие, в зависимости от того, что наступит раньше.
- 8 Отзыв вашего согласия.** Вы можете отозвать своё согласие в любое время, подписав и отправив бланк отзыва согласия в _____. Вы также можете изменить детали вашего согласия, подписав новый бланк согласия в любое удобное вам время. Эти бланки можно получить по адресу: www.psyckes.org или у вашего поставщика услуг, позвонив _____ по номеру _____. Обратите внимание: поставщики услуг, которые получают вашу медицинскую информацию через _____, во время действия этого бланка согласия, могут копировать или включать вашу информацию в свои медицинские карты. Если вы отзывали своё согласие, они не обязаны возвращать информацию или удалять её из своих карт.
- 9 Копия бланка.** Вы можете получить копию этого бланка согласия после того, как поставите свою подпись.

¹ Законы и нормативные акты включают в себя закон штата Нью-Йорк о психогигиене (NY Mental Hygiene Law), раздел 33.13, закон штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении (NY Public Health Law), статья 27-F, и федеральные нормативные акты о соблюдении конфиденциальности, в том числе 42 CFR часть 2 и 45 CFR части 160 и 164 (также называемые «Об ответственности и переносе медицинской информации» (Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA))).