

Nazwa świadczeniodawcy/placówki

Informacje dotyczące PSYCKES

Urząd ds. Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork (NYS) prowadzi system o nazwie Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES). W tej internetowej bazie danych przechowywane są niektóre dane dotyczące twojej historii medycznej oraz inne informacje związane z twoim stanem zdrowia. Baza ta może pomóc twoim dostawcom usług medycznych zapewnić ci odpowiednią opiekę, gdy jej potrzebujesz.

Informacje zawarte w systemie PSYCKES pochodzą z twojej dokumentacji medycznej, bazy danych programu Medicaid Stanu Nowy Jork oraz innych źródeł. Wejdź na stronę www.psyckes.org i kliknij „About PSYCKES”, aby uzyskać więcej informacji o programie oraz o tym, skąd pochodzą twoje dane.

Dane te obejmują:

- Twoje imię i nazwisko, datę urodzenia, adres oraz inne dane umożliwiające identyfikację twojej osoby;
- Usługi zdrowotne opłacane przez Medicaid;
- Historię twojej opieki zdrowotnej, np. informacje o przebytych chorobach lub urazach, wynikach badań i przyjmowanych lekach;
- Inne informacje wprowadzone do systemu przez ciebie lub twoich lekarzy, takie jak plan bezpieczeństwa zdrowotnego.

Co musisz zrobić

Twoje dane są poufne, co oznacza, że inne osoby potrzebują upoważnienia, aby je przeglądać. Wypełnij ten formularz teraz lub w dowolnym momencie, jeśli chcesz udzielić swoim dostawcom usług medycznych dostępu do swojej dokumentacji medycznej lub go odmówić. Twój wybór nie wpłynie na twoje prawo do opieki medycznej ani na zakres ubezpieczenia zdrowotnego.

Przed zaznaczeniem jednego z poniższych pól prosimy o uważne zapoznanie się z treścią na odwrocie tej strony.

Wybierz:

- „WYRAŻAM ZGODE”, jeśli chcesz, aby ten dostawca usług medycznych i personel odpowiedzialny za twoją opiekę mieli wgląd w twoje dane w systemie PSYCKES.
- „NIE WYRAŻAM ZGODY”, jeśli nie chcesz, aby dostawca i jego personel widzieli te dane.

Jeśli nie wyrazisz zgody, w niektórych przypadkach ten dostawca usług medycznych może uzyskać dostęp do twoich danych medycznych w systemie PSYCKES lub uzyskać je od innego dostawcy, o ile zezwalają na to przepisy stanowe i federalne. Na przykład, jeśli pracownicy Medicaid będą mieć obawy co do jakości opieki zdrowotnej, z której korzystasz, twój dostawca usług medycznych może uzyskać dostęp do systemu PSYCKES, aby sprawdzić, czy otrzymujesz odpowiednią opiekę we właściwym czasie.

Twój wybór. Proszę zaznaczyć tylko jedno pole.

☐

WYRAŻAM ZGODE na to, aby placówka medyczna oraz jej personel odpowiedzialny za moją opiekę mieli dostęp do moich danych medycznych w związku ze świadczonymi na moją rzecz usługami opieki zdrowotnej.

☐

NIE WYRAŻAM ZGODY na dostęp tego dostawcy usług medycznych do moich danych medycznych, ale rozumiem, że może on uzyskać do nich wgląd, jeśli zezwalają na to przepisy stanowe i federalne.

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami

Data urodzenia pacjenta

Numer ID Medicaid pacjenta

Podpis pacjenta lub osobistego przedstawiciela prawnego pacjenta

Data

Nazwisko przedstawiciela prawnego drukowanymi literami (jeśli dotyczy)

Relacja łącząca przedstawiciela prawnego i pacjenta (jeśli dotyczy)

- 1 **W jaki sposób dostawcy świadczący usługi medyczne mogą wykorzystywać dane dotyczące twojego zdrowia.** Mogą z nich korzystać wyłącznie w celu:
 - Zapewnienia opieki medycznej, koordynacji opieki oraz powiązanych usług.
 - Oceny i poprawy jakości opieki medycznej.
 - W nagłych przypadkach (np. gdy trafisz na oddział ratunkowy) poinformuj o tym swoich lekarzy.
- 2 **Do jakich informacji mają dostęp dostawcy usług medycznych.** Jeśli wyrazisz zgodę, w systemie PSYCKES mogą przeglądać WSZYSTKIE informacje dotyczące twojego stanu zdrowia. Mogą to być informacje zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta, takie jak informacje o chorobach lub urazach (na przykład cukrzyca lub złamanie kości), wyniki badań (zdjęcia rentgenowskie, badania krwi lub badania przesiewowe), wyniki ocen oraz informacje o przyjmowanych lekach. Informacje też mogą obejmować plany opieki, plany bezpieczeństwa oraz psychiatryczne dyspozycje na wypadek niezdolności do podejmowania decyzji, które pacjent opracowuje zazwyczaj wspólnie z lekarzem prowadzącym. Informacje te mogą również dotyczyć wrażliwych kwestii związanych ze stanem zdrowia, w tym między innymi:

• Zaburzeń zdrowia psychicznego • Spożywania alkoholu lub zażywania narkotyków • Antykoncepcji i aborcji (planowania rodziny)	• Chorób genetycznych (dziedzicznych) lub badań genetycznych • HIV/AIDS • Chorób przenoszonych drogą płciową
---	--
- 3 **Źródło informacji.** Wszelkie usługi zdrowotne opłacone przez Medicaid zostaną uwzględnione w twojej dokumentacji medycznej. To samo dotyczy usług, z których skorzystałeś w stanowym ośrodku psychiatrycznym. W systemie PSYCKES przechowywane są niektóre, ale nie wszystkie informacje z twojej dokumentacji medycznej, a także dane wprowadzane przez ciebie i twojego lekarza. Twoja dokumentacja internetowa zawiera informacje dotyczące twojego stanu zdrowia pochodzące z innych baz danych należących do Stanu Nowy Jork. W przyszłości mogą zostać dodane nowe bazy danych. Aby zapoznać się z aktualną listą źródeł danych i uzyskać więcej informacji na temat serwisu PSYCKES, wejdź na stronę www.psyckes.org i przejrzyj sekcję „About PSYCKES” lub poproś swojego dostawcę usług medycznych o wydrukowanie tej listy dla ciebie.
- 4 **Kto może uzyskać dostęp do twoich danych za twoją zgodą.** Lekarze _____ oraz inni pracownicy odpowiedzialni za opiekę nad tobą, a także pracownicy służby zdrowia, którzy zastępują lub pełnią dyżur w przypadku _____. Dostęp do twoich danych mają również pracownicy wykonujący obowiązki wymienione w pkt 1 powyżej.
- 5 **Niewłaściwy dostęp do twoich danych lub ich niewłaściwe wykorzystanie.** Za nieuprawniony dostęp do danych dotyczących zdrowia przechowywanych w systemie PSYCKES lub ich niewłaściwe wykorzystanie grożą sankcje. Jeśli kiedykolwiek podejrzewasz, że ktoś widział twoje dane lub uzyskał do nich dostęp, a nie powinien był tego robić, zadzwoń
 - _____ pod numer _____ lub
 - do Biura ds. Kontaktów z Klientami Urzędu ds. Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork pod numer **800-597-8481**.
- 6 **Udostępnianie twoich danych.** _____ może udostępniać twoje dane medyczne innym podmiotom wyłącznie w przypadkach, w których zezwalają na to przepisy stanowe lub federalne. Dotyczy to informacji dotyczących zdrowia zarówno w formie elektronicznej, jak i papierowej. Niektóre przepisy stanowe i federalne przewidują również specjalne środki ochrony oraz dodatkowe wymogi dotyczące ujawniania wrażliwych informacji dotyczących zdrowia, takich jak informacje dotyczące HIV/AIDS oraz leczenia uzależnień od narkotyków i alkoholu.¹
- 7 **Okres obowiązywania.** Niniejszy formularz zgody obowiązuje przez 3 lata od ostatniej daty, w której skorzystałeś z usług świadczonych przez _____ lub do dnia wycofania zgody, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.
- 8 **Wycofanie zgody.** Możesz w dowolnym momencie wycofać swoją zgodę, podpisując i przysyłając formularz wycofania zgody na adres _____. W dowolnym momencie możesz również zmienić swoje wybory dotyczące zgody, podpisując nowy formularz zgody. Formularze te można pobrać ze strony **www.psyckes.org** lub uzyskać od swojego dostawcy, dzwoniąc _____ pod numer _____. Należy pamiętać, że podmioty, które uzyskują twoje dane medyczne poprzez _____ w okresie obowiązywania niniejszego formularza zgody mogą kopiować twoje dane lub umieszczać je w swojej dokumentacji medycznej. Jeśli wycofasz swoją zgodę, nie ciąży na nich obowiązek zwrotu tych danych ani usunięcia ich ze swoich rejestrów.
- 9 **Kopia formularza.** Po podpisaniu niniejszego formularza zgody można otrzymać jego kopię.

¹ Przepisy prawne i regulacje obejmują paragraf 33.13 nowojorskiej Ustawy o higienie psychicznej, artykuł 27-F, nowojorskiej ustawy o zdrowiu publicznym oraz federalne przepisy dotyczące poufności, w tym część 2 42 CFR oraz części 160 i 164 45 CFR (zwane również ustawą HIPAA).