

Название агентства/заведения, предоставляющего услуги

## Что вам необходимо знать

Ранее вы подписали бланк согласия, предоставив данному поставщику медицинских услуг разрешение на доступ к вашей информации Medicaid и другой медицинской информации, доступной в онлайн-базе данных системы психиатрических услуг и улучшения клинической практики (Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES)).

Вы должны заполнить и подписать этот бланк отзыва согласия, если вы больше не хотите, чтобы данный поставщик и его персонал, обеспечивающий ваше обслуживание, имели доступ к вашей информации. После того как вы заполните, поставите свою подпись и вернете им этот бланк:

- 1 Данный поставщик медицинских услуг не сможет получать доступ к вашей медицинской информации через PSYCKES. За исключением:
  - в чрезвычайной ситуации или
  - когда федеральные законы и правила о конфиденциальности, а также законы и правила о конфиденциальности на уровне штата позволяют это. Например, если Medicaid обеспокоен 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.<sup>1</sup>
- 2 Ваш поставщик услуг может получить доступ к вашей медицинской информации другими способами. Например, те же самые законы и правила могут позволить им получать информацию, необходимую для вашего лечения, от другого поставщика услуг.
- 3 Этот отзыв согласия не повлияет на ранее раскрытую медицинскую информацию, пока ваше согласие было в силе.
- 4 Ваш доступ к медицинскому обслуживанию и медицинскому страхованию не изменится в результате отзыва согласия. Ваши поставщики медицинских услуг будут по-прежнему направлять счета вашему страховщику в отношении получаемых вами услуг.
- 5 Вы можете заполнить новый бланк согласия PSYCKES в любое время. Бланки можно получить у вашего поставщика услуг, а после их заполнения и подписания должны быть возвращены ему.
- 6 После подписания и подачи этого бланка вы получите его копию.

## Что вам необходимо сделать

Предоставьте информацию, запрошенную ниже, и передайте этот бланк своему поставщику услуг.

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)

<sup>1</sup> 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))).