

Ministerstvo zdravotnictví státu New York **Souhlas s přístupem k informacím o pacientovi prostřednictvím organizace pro výměnu zdravotních informací**

Jméno pacienta	Datum narození	Identifikační číslo pacienta
Adresa pacienta		

Žádám, aby zdravotní informace ohledně mé péče a léčby byly přístupny tak, jak je stanoveno v tomto dokumentu. Mohu si vybrat, jestli dovolit nebo nedovolit _____ (včetně zástupců této organizace) získat přístup k mým zdravotním záznamům prostřednictvím organizace pro výměnu zdravotních informací Healthix. Pokud budu souhlasit, mé zdravotní záznamy z různých míst, kde dostávám zdravotní péči, mohou být přístupny pomocí celostátní počítačové sítě. Healthix je nezisková organizace, která předává informace o zdraví lidí elektronicky za účelem zvýšení kvality zdravotní péče a která splňuje standardy soukromí a bezpečnosti zákona o přenositelnosti a zúčtovatelnosti zdravotního pojištění (HIPAA), požadavky federálních zákonů o zachování soukromí, hlavy 42, části 2 Sbírkou federálních předpisů a zákonů státu New York. Další informace naleznete na webu Healthix na www.healthix.org.

Přístup k mým informacím lze získat v případě pohotovosti, pokud nevyplním tento dokument a nezaškrtnu rámeček č. 3, ve kterém se uvádí, že nedávám souhlas *ani* v případě zdravotní pohotovosti.

To, co zvolím v tomto dokumentu, NEOVLIVNÍ nijak mou zdravotní péči. To, jak se rozhodnu v tomto dokumentu souhlasu, NEDÁVÁ zdravotním pojišťovně přístup k mým informacím za účelem rozhodnutí, zda mi poskytnou pojistné krytí nebo zda zaplatí faktury za mé zdravotní ošetření.

Mé rozhodnutí o souhlasu. JEDEN rámeček je zaškrtnut nalevo od mého rozhodnutí. Tento dokument mohu vyplnit teď nebo později. Také mohu změnit své rozhodnutí kdykoli tím, že vyplním nový dokument.
<input type="checkbox"/> 1. DÁVÁM SOUHLAS _____ s přístupem ke VŠEM mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix k poskytování služeb zdravotní péče (včetně pohotovostní péče).
<input type="checkbox"/> 2. NEDÁVÁM SOUHLAS, S VÝJIMKOU ZDRAVOTNÍ POKOTOVOSTI, _____ s přístupem k mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix.
<input type="checkbox"/> 3. NEDÁVÁM SOUHLAS _____ s přístupem k mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix, a to k jakémukoli účelu, <i>ani v případě zdravotní pohotovosti.</i>

Pokud chci odmítnout souhlas s přístupem všech organizací poskytovatelů péče a zdravotních plánů zapojených do Healthix k mým elektronickým zdravotním informacím prostřednictvím Healthix, mohu tak učinit na webových stránkách Healthix na www.healthix.org nebo zavolat Healthix na číslo 877-695-4749.

Mé otázky o tomto dokumentu byly zodpovězeny a dostal/a jsem kopii tohoto dokumentu.

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce pacienta	Datum
Jméno zákonného zástupce tiskacími písmeny (pokud se hodí)	Vztah zákonného zástupce k pacientovi (pokud se hodí)

