

AUTORIZIM PËR LIRIMIN E INFORMACIONIT SHËNDETËSOR

Emri i Pacientit	Data e Lindjes	Numri i Identifikimit të Pacientit/OSIS#
Adresa e Pacientit		

Unë, ose përfaqësuesi im i autorizuar, kërkojmë që informacioni shëndetësor në lidhje me kujdesin dhe trajtimin tim të lëshohet siç përcaktohet në këtë formë: Në përputhje me Ligjin e Shtetit të Nju Jorkut dhe Rregullin e Privatësisë të Ligjit për Transportueshmërinë dhe Llogaridhënien e Sigurimit Shëndetësor të vitit 1996 (HIPAA), unë e kuptoj se:

- Ky autorizim mund të përfshijë zbulimin e informacionit që lidhet me përdorimin e **ALKOOLIT** dhe **DROGËS, TRAJTIMIN E SHËNDETIT MENDOR**, me përjashtim të shënimeve psikoterapeutike, dhe **INFORMACIONIT KONFIDENCIAL TË LIDHUR ME HIV/AIDS** vetëm nëse vendos inicialet e mia në vijën përkatëse te Pika 7. Në rast se informacioni shëndetësor i përshkruar më poshtë përfshin ndonjë nga këto lloj informacioni, dhe unë vendos inicialet në kutinë përkatëse në Pika 7, autorizoj në mënyrë specifike zbulimin e këtij informacioni për Departamentin e Shëndetit dhe Higjienës Mendore të Qytetit të Nju Jorkut (DOHMH) dhe Departamentin e Arsimit të Qytetit të Nju Jorkut (DOE), të cilët bashkërisht operojnë Zyrën e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health).
- Nëse po autorizoj zbulimin e informacionit të lidhur me HIV/AIDS, trajtim për alkool ose drogë, apo trajtimin e shëndetit mendor, DOHMH ndalohe të ri-zbulojë këtë informacion pa autorizimin tim, përveç rasteve kur lejohet nga ligji shtetëror ose federal. Unë kuptoj se kam të drejtë të kërkoj një listë të personave që mund të marrin ose përdorin informacionin tim të lidhur me HIV/AIDS pa autorizim. Nëse përjetoj diskriminim për shkak të publikimit ose shpërndarjes së informacionit të lidhur me HIV/AIDS, mund të kontaktoj Divizionin e të Drejtave të Njeriut të Shtetit të New York-ut në (888) 392-3644 ose Komisionin e të Drejtave të Njeriut të Qytetit të New York-ut në (212) 306-7450. Këto agjenci janë përgjegjëse për mbrojtjen e të drejtave të mia.
- Unë kam të drejtë ta tërheq këtë autorizim në çdo kohë, duke i shkruar ofruesve të kujdesit shëndetësor që kam autorizuar për të zbuluar informacionin tim. Unë e kuptoj që unë mund ta anulloj këtë autorizim përveç në rastin kur veprimet janë ndërmarrë tashmë bazuar në këtë autorizim.
- Unë e kuptoj që nënshkrimi i këtij autorizimi është vullnetar. Trajtimi, pagesa, regjistrimi im në një plan shëndetësor ose përshtatshmëria ime për përfitime nuk do të kushtëzohet nga autorizimi im për këtë zbulim.
- Informacioni i zbuluar në bazë të këtij autorizimi mund të ri-zbulohet nga DOHMH ose DOE (përveç siç specifikohet më sipër në Pikën 2), dhe kjo ri-zbulim mund të mos jetë më i mbrojtur nga ligji shtetëror apo federal.
- UNË AUTORIZOJ TË GJITHË OFRUESIT E MI TË KUJDESIT SHËNDETËSOR TË ZBULOJNË DHE TË DISKUTOJNË KËTË INFORMACION ME DEPARTAMENTIN E SHËNDETIT DHE HIGJENËS MENDORE TË QYTETIT TË NJU JORKUT DHE DEPARTAMENTIN E ARSIMIT TË QYTETIT TË NJU JORKUT.**

7. Informacioni specifik që do të zbulohet dhe diskutohet: Tërë informacioni shëndetësor (me shkrim dhe me gojë) përfshirë: historikun e pacientit, shënime të zyrës (përveç shënimeve të psikoterapisë), rezultatet e analizave, ekzaminime radiologjike, filma, referime, konsultime, fatura, të dhëna sigurimi, dhe dokumente të dërguara te ofruesit e mi të kujdesit shëndetësor nga ofrues të tjerë. Për pacientët me ndonjë nga gjendjet shëndetësore të listuara më poshtë, vendosni inicialet për të autorizuar dhënien e informacionit: (Shënoni me initiale) _____ Informacion mbi trajtimin për alkool/drogë <i>Specifikoni dokumentet që do të zbulohen dhe institucionin që i lëshon:</i> _____ Informacione për Shëndetin Mendor _____ Informacion i lidhur me HIV/AIDS ☐ Nëse kjo kuti është e shënuar, zbulohet dhe diskutohet vetëm informacioni shëndetësor i specifikuar këtu: (Përdorni këtë kuti nëse nuk dëshironi që të zbulohet ose shpërndahet i gjithë dokumentacioni shëndetësor)	
8. ARSYEJA E ZBULIMIT TË INFORMACIONIT: KY INFORMACION ZBULOHEËT SIPAS KËRKESËS SË PACIENTIT OSE PËRFAQËSUESIT TË AUTORIZUAR NGA LIGJI, PËRVEÇ NËSE SPECIFIKOHET NDRYSHE KËTU:	9. KY AUTORIZIM SKADON NË DATËN KUR PACIENTI NUK ËSHTË MË I REGJISTRUAR NË NJË SHKOLLË APO PROGRAM TË OPERUAR NGA DOE OSE TË SHËRBYESHËM NGA ZYRA E SHËNDETIT NË SHKOLLË, PËRVEÇ NËSE LISTOHET NJË DATË SKADIMI KËTU:
10. NËSE NUK ËSHTË PACIENTI, EMRI I PERSONIT QË NËNSHKRUAN FORMULARIN: (PRINDI/KUJDESTARI DUHET TA PLOTËSOJË)	11. MARRËDHËNIA ME PACIENTIN: ☐ Vetë ☐ Prindi/Kujdestari ☐ Tjetër (ju lutem përshkruani më poshtë)

Të gjitha pikat në këtë formular janë plotësuar, pyetjet e mia rreth këtij formulari janë sqaruar dhe më është dhënë një kopje e formularit.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT OSE I PËRFAQËSUESIT TË AUTORIZUAR NGA LIGJI

DATA

*Virusi i Imunodeficiencës Njerëzore (HIV), që shkakton AIDS. Ligji i Shëndetit Publik i Shtetit të New York-ut mbron informacionin që mund të identifikojë dikë si person me simptoma apo infeksion HIV, si edhe informacionin në lidhje me kontaktet e një personi.

**Nëse në pikën 9 më sipër jepet një datë skadimi, formulari do të skadojë në atë datë dhe një formular i ri duhet të dorëzohet nga prindi ose kujdestari ligjor i pacientit, ose një person tjetër i autorizuar nga ligji.