NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE

ДОЗВІЛ НА РОЗГОЛОШЕННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Ім'я пацієнта:	**Дата народження**	**Ідентифікаційний номер пацієнта/OSIS#**
Адреса пацієнта		

Я або мій уповноважений представник запитуємо розкриття медичної інформації про лікування і догляд, що надається мені, відповідно до викладеного в цій формі. Мені відомо, що згідно із законодавством штату Нью-Йорк та положенням про захист конфіденційних даних Закону «Про спадкоємність та підзвітність даних медичного страхування» (HIPAA) від 1996 року:

1. Ця згода може поширюватися на розкриття інформації, що стосується **ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ ТА НАРКОТИКАМИ, ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**, за винятком записів про психотерапію, та **КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ВІЛ/СНІД*,** лише у разі, якщо я поставлю свої ініціали у відповідному рядку пункту 7. Якщо вказана нижче медична документація містить інформацію такого роду, мої ініціали в пункті 7 означають, що я надаю згоду на її розкриття Департамент охорони здоров'я та психічної гігієни міста Нью-Йорк (DOHMH) і Департаменту освіти міста Нью-Йорка (DOE), які спільно керують Відділом шкільної охорони здоров'я (Office of School Health).
2. Якщо я даю дозвіл на розкриття інформації, пов'язаної з ВІЛ/СНІД, лікуванням алкогольної або наркотичної залежності або лікуванням психічних розладів, DOHMH не має права розголошувати таку інформацію без мого дозволу, якщо тільки таке розголошення не передбачено федеральним законодавством або законодавством штату. Я розумію, що маю право вимагати перелік осіб з доступом до отримання або використання без дозволу моєї інформації, що стосується ВІЛ/СНІД. Якщо внаслідок розкриття або розголошення інформації про ВІЛ я піддаватимусь дискримінації, я маю право звернутися до Управління штату з прав людини (New York State Division of Human Rights) за телефоном (888) 392-3644 або до Міської комісії з прав людини (New York City Commission of Human Rights) за телефоном (212) 306-7450. Ці організації відповідають за захист моїх прав.
3. Я маю право в будь-який час відкликати цю згоду, письмово сповістивши постачальників медичних послуг. Я розумію, що відкликання не поширюється на вже вжиті раніше на підставі цієї згоди заходи та дії.
4. Я розумію, що підписання згоди має добровільний характер. Моє лікування, оплата послуг, участь в програмі медичного страхування або право на отримання пільг не залежать від моєї згоди на розкриття цієї інформації.
5. Інформація, розкрита відповідно до цього дозволу, може бути повторно розкрита DOHMH або DOE (за винятком випадків, зазначених вище в пункті 2), але на таке подальше її розкриття може не поширюватися захист федерального законодавства чи законодавства штату.
6. **Я ДАЮ ЗГОДУ ВСІМ МОЇМ ПОСТАЧАЛЬНИКАМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РОЗКРИТТЯ ЦІЄЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА ОБГОВОРЕННЯ ЇЇ З ДЕПАРТАМЕНТОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХІЧНОЇ ГІГІЄНИ МІСТА НЬЮ-ЙОРК ТА ДЕПАРТАМЕНТОМ ОСВІТИ МІСТА НЬЮ-ЙОРК**.

7. Конкретна інформація, яка може бути розкрита та обговорена:
Будь-яка інформація про стан здоров'я (у письмовій та усній формі), зокрема історія хвороби, клінічні записи (за винятком записів психотерапевта), результати аналізів, рентгенівські знімки, направлення, консультації, виставлені рахунки, страхова документація та документація, отримана моїми постачальниками медичних послуг від інших постачальників медичних послуг.

Для пацієнтів з будь-яким з перерахованих нижче станів здоров'я необхідно спочатку дати дозвіл на розголошення інформації:
(*позначте своїми ініціалами*)

☐ **Інформації про лікування алкоголізму та наркоманії.** ***Вкажіть документацію, яка підлягає розкриттю, та організацію, яка її розкриватиме:***

_____

☐ **Інформації про психічне здоров'я**

☐ **Інформації про ВІЛ/СНІД**

☐ Якщо тут поставлено позначку, дозволяю розкривати та обговорювати вказану нижче медичну інформацію:

_____

(*Поставте позначку тут, якщо відмовляєтеся надавати дозвіл на використання/обговорення вашої повної медичної документації*)

8. **ПІДСТАВИ ДЛЯ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ: ЦЯ ІНФОРМАЦІЯ ПІДЛЯГАЄ РОЗКРИТТЮ НА ПРОХАННЯ ПАЦІЄНТА АБО УПОЛНОМОЧЕННОГО ЗАКОНОМ ПРЕДСТАВНИКА, ЗА ВИНЯТКОМ ТАКИХ ВИПАДКІВ:**	9. **ТЕРМІН ДІЇ ДОЗВОЛУ СПЛИВАЄ З МОМЕНТУ ПРИПИНЕННЯ НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТА У ШКОЛІ АБО УЧАСТІ В ПРОГРАМІ ДЕПАРТАМЕНТУ ОСВІТИ МІСТА НЬЮ-ЙОРК АБО ОБСЛУГОВУВАННЯ ВІДДІЛОМ ШКІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКШО ТІЛЬКИ ТУТ НЕ ВКАЗАН ТЕРМІН ДІЇ:**
10. **ЯКЩО ДОКУМЕНТ ЗАПОВНЮЄ НЕ САМ ПАЦІЄНТ, ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ПІДПИСУЄ ФОРМУ: (ЗАПОВНЮЄ БАТЬКО/МАТИ/ОПІКУН)**	11. **Спорідненсть з пацієнтом:** ☐ Самостійно ☐ Батько/Мати/Опікун ☐ Інше (вкажіть нижче)

Всі пункти цієї форми заповнені; на всі мої запитання щодо цієї форми надано відповіді, копія цієї форми мені видана.

_____ _____

ПІДПИС ПАЦІЄНТА АБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА ДАТА

***Вірус імунодефіциту людини, що спричиняє СНІД. Закон штату Нью-Йорк «Про охорону здоров'я» захищає інформацію, що дозволяє з достатньою впевненістю ідентифікувати особу, яка має симптоми ВІЛ або ВІЛ-інфекцію, а також інформацію про контакти такої особи.**
****Якщо в пункті 9 вказана конкретна дата, термін дії документа спливає у цей день; батькам/опікунам та іншим законним представникам необхідно буде подати нову форму.**