

Podpisując niniejszy formularz, wyrażasz zgodę na udział w programie Health Home _____.
Udział w programie Health Home wymaga, aby pracownicy opieki zdrowotnej i inne osoby zaangażowane w opiekę nad Tobą mogły rozmawiać ze sobą o Twojej opiece oraz dzielić się informacjami na temat Twojego stanu zdrowia z myślą o zapewnieniu Ci lepszej opieki. Choć udział w Health Home pomógłby Ci uzyskać potrzebną opiekę, to jednak możesz korzystać z opieki zdrowotnej i ubezpieczenia zdrowotnego nawet wtedy, gdy nie podpiszesz tego formularza lub nie chcesz uczestniczyć w Health Home.

Health Home może otrzymywać i udostępniać Twoje informacje medyczne, w tym dokumentację medyczną, od partnerów wymienionych na końcu niniejszego formularza, a także innych podmiotów, które są prawnie upoważnione do ich otrzymywania, i/lub od innych podmiotów za pośrednictwem następujących systemów komputerowych:

- Ogólnostanowa Sieć Informacji Medycznych dla Nowego Jorku (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY) prowadzona przez Wydział Zdrowia Stanu Nowy Jork (New York State Department of Health). SHIN-NY zbiera i przechowuje informacje medyczne, w tym dokumentację medyczną, od lekarzy i świadczeniodawców opieki zdrowotnej. SHIN-NY może udostępniać Twoje informacje medyczne wyłącznie osobom, którym zezwalasz na ich przeglądanie lub uzyskiwanie do nich dostępu.
- PSYCKES prowadzony przez Biuro ds. Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork (New York State Office of Mental Health). PSYCKES to system komputerowy do gromadzenia i przechowywania informacji o leczeniu udzielanych przez lekarzy i świadczeniodawców opieki zdrowotnej uczestniczących w programie Medicaid.
- TABS/CHOICES prowadzony przez Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi Stanu Nowy Jork (New York State Office for People With Developmental Disabilities). TABS/CHOICES to system komputerowy, który zbiera i przechowuje informacje na temat niepełnosprawności rozwojowych.
- Nowojorski System Ujednoliconej Oceny (Uniform Assessment System NY, UASNY) prowadzony przez Wydział Zdrowia Stanu Nowy Jork. UASNY to bezpieczna, stanowa baza danych, w której gromadzi się i przechowuje dane umożliwiające identyfikację oraz przeprowadzone oceny każdej osoby korzystającej z usług.

Jeżeli wyrazisz zgodę i podpiszesz ten formularz, Health Home oraz partnerzy wymienieni w tym formularzu będą uprawnieni do uzyskiwania, przeglądania, czytania, kopiowania oraz udostępniania sobie nawzajem WSZYSTKICH Twoim informacji medycznych (w tym wszystkich informacji o Twoim zdrowiu, które Health Home uzyska z SHIN-NY, PSYCKES, TABS/CHOICES i/lub UASNY), których potrzebuje do zapewniania Ci opieki, zarządzania nią lub jej analizowania w celu ulepszenia opieki zdrowotnej dla członków. Informacje medyczne mogą pochodzić z okresu zarówno sprzed daty podpisania tego formularza, jak i po tej dacie. W dokumentacji medycznej mogą znajdować się informacje o przebytych lub potencjalnie przebytych chorobach bądź urazach, wyniki badań, np. zdjęcia rentgenowskie lub wyniki badań krwi, a także informacje o lekach przyjmowanych obecnie lub w przeszłości.

Dokumentacja medyczna może także zawierać informacje o:

1. programach dotyczących alkoholu lub narkotyków, w których uczestniczysz obecnie lub uczestniczyłeś(-aś) wcześniej;
2. usługach planowania rodziny, takich jak antykoncepcja i aborcja;
3. chorobach dziedzicznych;
4. HIV/AIDS;
5. problemach ze zdrowiem psychicznym;
6. diagnozie i usługach w zakresie niepełnosprawności rozwojowej;
7. chorobach przenoszonych drogą płciową (chorobach, którymi można się zarazić podczas stosunku seksualnego).

Twoje informacje medyczne są traktowane poufnie i zgodnie z prawem stanu Nowy Jork oraz przepisami USA nie mogą być udostępniane innym osobom bez Twojej zgody. Partnerzy i Health Home, którzy mogą uzyskiwać i przeglądać Twoje informacje medyczne, muszą przestrzegać wszystkich tych przepisów. Nie mogą przekazywać Twoich informacji innym osobom, chyba że wyrazisz na to zgodę lub prawo stanowi inaczej. Dotyczy to przypadków, gdy Twoje informacje medyczne są w systemie komputerowym lub na papierze. Niektóre przepisy odnoszą się do opieki związanej z HIV/AIDS, danych dotyczących zdrowia psychicznego oraz używania alkoholu i narkotyków. Podpisując ten formularz, wyrażasz zgodę na otrzymywanie i udostępnianie informacji dotyczących **Twojego ewentualnego statusu osoby z HIV/AIDS, zdrowia psychicznego oraz zażywania narkotyków i alkoholu** w celu koordynowania opieki i usług odpowiednio do potrzeb.

Przed podpisaniem formularza przeczytaj wszystkie zawarte w nim informacje.

ZGADZAM SIĘ na uczestnictwo w programie Health Home _____
oraz na to, aby Health Home mógł otrzymywać WSZYSTKIE informacje o moim zdrowiu od partnerów wymienionych na końcu tego formularza i od innych podmiotów za pośrednictwem SHIN-NY, PSYCKES, TABS/CHOICES i/lub UASNY w celu zapewniania mi opieki lub zarządzania nią, sprawdzenia mojego planu ubezpieczenia zdrowotnego oraz tego, co on obejmuje, a także w celu badania i udoskonalania opieki dla wszystkich członków. **ZGADZAM SIĘ** również na to, by Health Home oraz partnerzy wymienieni na końcu niniejszego formularza mogli udostępniać moje informacje medyczne sobie nawzajem oraz innym podmiotom, które są prawnie upoważnione do ich otrzymywania. Rozumiem, że niniejszy Formularz zgody zastępuje inne formularze zgody na udostępnianie informacji o pacjencie/ członku Health Home, które mogłem(-am) podpisać wcześniej, wyrażając zgodę na udostępnianie moich informacji medycznych. W dowolnej chwili mogę zmienić zdanie i wycofać zgodę, kontaktując się z osobą zarządzającą opieką, agencją zarządzającą opieką lub Health Home.

Imię i nazwisko członka (drukowanymi literami): _____ Data urodzenia członka: _____

Podpis członka lub
przedstawiciela prawnego członka: _____ Data: _____

Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego drukowanymi literami (jeżeli dotyczy): _____

Związek przedstawiciela prawnego z członkiem (jeżeli dotyczy): _____

1. Jak partnerzy będą wykorzystywać moje dane?

Jeżeli wyrazisz na to zgodę, partnerzy będą wykorzystywać Twoje informacje medyczne do:

- zapewniania Ci opieki zdrowotnej i zarządzania nią;
- sprawdzania, czy masz ubezpieczenie medyczne i co ono obejmuje;
- prowadzenia badań i ulepszania opieki zdrowotnej dla członków.

Twój wybór NIE daje ubezpieczycielom zdrowotnym dostępu do Twoich informacji w celu podjęcia decyzji o przyznaniu Ci ubezpieczenia zdrowotnego lub opłaceniu rachunków. Tego wyboru możesz dokonać na osobnym formularzu, którego muszą używać ubezpieczyciele zdrowotni.

2. Skąd pochodzą moje informacje medyczne?

Twoje informacje medyczne pochodzą z miejsc i od osób, które w przeszłości zapewniały Ci opiekę zdrowotną lub ubezpieczenie zdrowotne. Mogą to być szpitale, lekarze, apteki, laboratoria, dostawcy usług dla osób z niepełnosprawnością rozwojową, ubezpieczyciele zdrowotni, program Medicaid i inne podmioty, które dzielą się informacjami medycznymi. Aby uzyskać listę wszystkich tych miejsc i osób, możesz zadzwonić pod numer _____ lub porozmawiać z osobą zarządzającą opieką.

3. Jakie przepisy dotyczą moich informacji medycznych, które mogą być udostępniane?

Przepisy te obejmują sekcję 33.13 Ustawy stanu Nowy Jork o higienie psychicznej (New York Mental Hygiene Law), artykuł 27-F Ustawy stanu Nowy Jork o zdrowiu publicznym (New York Public Health Law) oraz federalne przepisy o poufności informacji, w tym 42 CFR cz. 2 oraz 45 CFR cz. 160 i 164 (które są określane jako przepisy „HIPAA”). 10 NYCRR cz. 300 – Ogólnostanowa Sieć Informacji Medycznych dla Nowego Jorku (SHIN-NY).

4. Jeżeli wyrażę zgodę, kto będzie mógł uzyskać i zobaczyć moje informacje?

Twoje informacje medyczne mogą przeglądać tylko osoby, które uzyskały Twoją zgodę na dostęp do nich i ich przeglądanie, np. lekarze oraz inne osoby pracujące dla partnera Health Home i zaangażowane w Twoją opiekę zdrowotną; świadczeniodawcy opieki zdrowotnej pracujący dla partnera Health Home, który się Tobą opiekuje, a także osoby pracujące dla partnera Health Home, który się Tobą opiekuje, aby umożliwić im sprawdzenie Twojego ubezpieczenia zdrowotnego lub prowadzenie badań i ulepszanie opieki zdrowotnej dla wszystkich członków. Kiedy skorzystasz z opieki osoby, która nie jest Twoim stałym lekarzem lub świadczeniodawcą, np. w nowej aptece, nowym szpitalu lub u innego świadczeniodawcy, niektóre informacje, takie jak koszty pokrywane przez Twój plan zdrowotny lub nazwa świadczeniodawcy Health Home, mogą zostać jej udostępnione lub może ona mieć do nich wgląd.

5. Co będzie, jeśli ktoś użyje moich informacji bez mojej zgody?

W takiej sytuacji możesz:

- zadzwonić na infolinię Medicaid pod numer 1-800-541-2831;
- skontaktować się z Biurem ds. Praw Obywatelskich (Office for Civil Rights) przy Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (Department of Health and Human Services) pod numerem 1-800-368-1019 albo złożyć pisemną skargę pod adresem <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

Możesz także:

- zadzwonić do jednego ze świadczeniodawców, którzy uzyskali Twoją zgodę na dostęp do danych;
- zadzwonić do osoby zarządzającej opieką lub Health Home: _____ pod numer _____;
- zadzwonić do obsługi planu Managed Care, jeśli do niego należysz.

6. Jak długo obowiązuje moja zgoda?

Twoja zgoda obowiązuje do dnia, w którym ją wycofasz, lub do opuszczenia przez Ciebie programu Health Home albo do zakończenia programu Health Home.

7. Co zrobić, jeśli później zmienię zdanie i zechcę wycofać zgodę?

W dowolnej chwili możesz wycofać zgodę, kontaktując się z osobą zarządzającą opieką, agencją zarządzającą opieką lub Health Home. Jeśli wyrazisz zgodę na udostępnienie informacji, wszyscy partnerzy Health Home wymienieni na końcu tego formularza, a także inni partnerzy upoważnieni do tego na mocy prawa będą mogli uzyskać dostęp do Twoich informacji medycznych. Jeśli nie chcesz, aby partnerzy Health Home wymienieni w tym formularzu lub w inny sposób upoważnieni przez prawo uzyskali dostęp do Twoich informacji medycznych, musisz wycofać zgodę na udział w programie Health Home. W tym celu możesz zadzwonić pod numer _____.

Uwaga: nawet jeśli później zdecydujesz się wycofać zgodę, świadczeniodawcy, którzy już mają Twoje informacje, nie muszą Ci ich zwracać ani usuwać ze swoich rejestrów.

8. Jak uzyskać kopię tego formularza?

Kopię tego formularza możesz uzyskać po jego podpisaniu.

Nazwa Health Home: _____

Uczestniczący partnerzy

Tę stronę należy skopiować odpowiednio do potrzeb, aby wymienić wszystkich uczestniczących partnerów.

Inicjały członka _____ Data: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____

Nazwa uczestniczącego partnera: _____