

ФОРМА СОГЛАСИЯ RHIO BRONX RHIO, INC

В этой форме согласия вы можете выбрать, разрешить ли Name of Participant получить доступ к вашим медицинским данным через управляемую компанией Bronx RHIO, Inc компьютерную сеть, которая является частью компьютерной сети штата. Это может помочь собрать ваши медицинские данные из разных учреждений, где вы получаете медицинскую помощь, и сделать их доступными в электронном виде в нашем офисе.

Вы можете использовать эту форму согласия, чтобы определить, разрешить или нет Name of Participant просматривать ваши электронные медицинские данные и получать к ним доступ таким образом. Вы можете дать согласие или отказать в нем, заполнив данную форму сейчас или позже. **Ваш выбор не повлияет на вашу возможность получить медицинскую помощь или медицинскую страховку. Ваше решение дать согласие или отказать в нем не может быть основанием для отказа в медицинской помощи.**

Поставив отметку в поле «**Я ДАЮ СОГЛАСИЕ**» ниже, вы говорите: «Да, сотрудники Name of Participant, принимающие участие в оказании мне медицинской помощи, могут получать доступ ко всем моим медицинским данным и просматривать их в системе Bronx RHIO, Inc».

Поставив отметку в поле «**Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ**» ниже, вы говорите: «Нет, сотрудники Name of Participant не могут получать доступ к моим медицинским данным и просматривать их в системе Bronx RHIO, Inc ни при каких условиях».

Bronx RHIO, Inc — это некоммерческая организация. Она обменивается информацией о здоровье людей в электронном и безопасном виде для повышения качества медицинских услуг и участвует в Общештатной сети обмена медицинской информацией штата Нью-Йорк (SHIN-NY). Для получения дополнительной информации, пожалуйста, посетите <https://nyehhealth.org/shin-ny/what-is-the-shin-ny/>.

Прежде чем принять решение, внимательно прочтите информацию на обратной стороне этой формы.

Возможные варианты Вы можете заполнить эту форму сейчас или позже. У вас есть два варианта.

- ☐ «**Я ДАЮ СОГЛАСИЕ**» на то, чтобы сотрудники Name of Participant получали доступ ко **ВСЕМ** моим электронным медицинским данным через систему Bronx RHIO, Inc в связи с предоставлением мне любых медицинских услуг, включая экстренную помощь.
- ☐ «**Я НЕ ДАЮ СОГЛАСИЯ**» на то, чтобы сотрудники Name of Participant получали доступ к моим электронным медицинским данным через систему Bronx RHIO, Inc, независимо от условий, даже при оказании экстренной помощи.

Если вы не укажете иное, законодательство штата Нью-Йорк позволяет лицам, оказывающим вам экстренную медицинскую помощь, получать доступ к вашим медицинским данным, включая данные в системе Bronx RHIO, Inc.

Если вы хотите отказать в доступе к вашим электронным медицинским данным через систему Bronx RHIO, Inc всем медицинским учреждениям и планам здравоохранения, являющимся участниками Bronx RHIO, Inc, вы можете сделать это на веб-сайте Bronx RHIO, Inc www.bronxrhio.org или по телефону Bronx RHIO, Inc 718-708-6630.

Я понимаю, что по моему запросу компания Bronx RHIO, Inc обязана предоставить мне список лиц и организаций, которые получили мои электронные медицинские данные по условиям данной формы.

Расшифровка подписи пациента

Дата рождения пациента

Подпись пациента или его законного представителя

Дата

Расшифровка подписи законного представителя
(если применимо)

Кем законный представитель приходится
пациенту (если применимо)

Подробнее о данных пациента в системе Bronx RHIO, Inc и процессе получения согласия:

- 1. Как могут использовать ваши медицинские данные.** Ваши электронные медицинские данные будут использоваться только для следующих медицинских услуг:
 - **Лечение.** Ваше лечение и сопутствующие услуги, включая предоставление ваших данных другим поставщикам медицинских услуг, у которых вы лечитесь, чтобы они знали ваши медицинские потребности..
 - **Проверка страховки.** Проверка наличия у вас медицинской страховки и объема ее покрытия.
 - **Организация медицинского обслуживания.** Сюда относится оказание вам содействия в получении необходимого медицинского обслуживания, повышение его качества и координация, а также помощь с выполнением плана медицинского обслуживания.
 - **Повышение качества.** Оценка и повышение качества медицинской помощи, оказываемой вам и другим пациентам.

ПРИМЕЧАНИЕ. Выбор, сделанный вами в данной форме согласия, НЕ дает медицинским страховым компаниям права доступа к вашим данным с целью принятия решения о предоставлении вам медицинской страховки или об оплате ваших счетов. Вы можете сделать такой выбор в отдельной форме согласия, которую должны использовать медицинские страховые компании.

- 2. Какие данные будут передаваться в систему.** Если вы даете согласие, Name of Participant может получить доступ ко ВСЕМ вашим электронным медицинским данным, доступным в системе RHIO, включая данные, созданные как до, так и после даты подписания настоящей формы согласия. В ваших медицинских данных может быть информация о заболеваниях или травмах (например, о диабете или переломах), результаты обследований (например, рентгеновские снимки или анализы крови), а также перечни лекарств, которые вы принимали. Такая информация может быть связана с деликатными медицинскими проблемами, включая, помимо прочего, следующее:

Алкоголизм или наркомания	ВИЧ/СПИД
Контрацепция и аборты (планирование семьи)	Психические расстройства
Генетические (наследственные) заболевания или исследования	Заболевания, передающиеся половым путем

Если вы проходили лечение от алкоголизма или наркомании, в ваших медицинских данных может быть информация, связанная с вашим диагнозом, лекарствами и дозировками, лабораторными анализами, аллергией, историей употребления психоактивных веществ, историей травм, выписками из больниц, занятостью, жизненным положением и социальной поддержкой, а также историей страховых требований.

- 3. Откуда поступают ваши медицинские данные.** Данные поступают из всех учреждений, которые оказывали вам медицинскую помощь или услуги медицинского страхования («источники информации»). Сюда относятся больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, страховые компании, программа Medicaid и другие организации системы электронного здравоохранения, которые обмениваются медицинской информацией в электронном виде. Полный и актуальный перечень источников информации можно получить в Bronx RHIO, Inc. в любое время. Зайдите на веб-сайте Bronx RHIO, Inc www.bronxrhio.org или позвоните по телефону 718-708-6630.

- 4. Кто получит доступ к вашим данным, если вы дадите согласие.** Только следующие лица смогут получить доступ к вашим данным: врачи и другие медицинские работники из числа медицинского персонала Name of Participant, предоставляющие вам медицинское обслуживание; медицинские работники, заменяющие данных врачей, или дежурные врачи Name of Participant; сотрудники, осуществляющие деятельность, разрешенную настоящей формой согласия и описанную в пункте 1. Кроме того, Name of Participant может открыть доступ к вашим данным другим поставщикам медицинских услуг, у которых вы проходите лечение, чтобы они знали ваши медицинские потребности.

- 5. Штрафные санкции за незаконный доступ или ненадлежащее использование ваших данных.** За несанкционированный доступ или использование ваших электронных медицинских данных предусмотрены штрафные санкции. Если вы считаете, что кто-то воспользовался вашими данными без вашего согласия, сообщите об этом в Bronx RHIO, Inc. по телефону 718-708-6630 или через веб-сайт Bronx RHIO, Inc www.bronxrhio.org; или позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону 518-474-4987; или оформите жалобу в соответствии с процедурой Федерального управления по гражданским правам, которая доступна по следующей ссылке: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>

- 6. Повторное раскрытие данных.** Name of Participant может повторно раскрыть ваши медицинские данные другим лицам только в объеме, допустимом федеральным законодательством и законодательством штата. Данное положение распространяется также на ваши медицинские данные, которые хранятся на бумажных носителях. Рядом законов штата и федеральных законов предусмотрены особые требования для защиты определенных медицинских данных, включая информацию о наличии ВИЧ/СПИД и лечении алкоголизма и наркомании. Данные требования должны соблюдаться при получении указанных медицинских данных и обязательны для соблюдения компанией Bronx RHIO, Inc и лицами, которые получают доступ к этой информации через Bronx RHIO, Inc.

- 7. Срок действия.** Настоящая форма согласия действует до тех пор, пока вы не измените свое решение о согласии, или до тех пор, пока RHIO не прекратит свою деятельность, или в течение 50 лет после вашей смерти; в зависимости от того, что наступит раньше.

- 8. Отзыв согласия.** Вы можете изменить решение о согласии в любое время. Для этого необходимо представить Name of Participant заполненную форму согласия с вашим новым решением. Форму можно получить на веб-сайте Bronx RHIO, Inc

www.bronxrhio.org или у вашего врача. **Примечание.** Организации, имеющие доступ к вашим медицинским данным через Bronx RHIO, Inc в течение срока действия вашего согласия, могут копировать или вносить ваши данные в собственные медицинские документы. Даже если вы впоследствии решите отменить согласие, они не обязаны возвращать эту информацию или удалять ее из своих документов.

9. Копия формы. Вы имеете право на получение экземпляра настоящей формы согласия после ее подписания.

10. Доступ со стороны государственных организаций здравоохранения и организаций трансплантационной координации. Государственные организации здравоохранения федерального уровня, уровня штата и местного уровня, а также некоторые организации в сфере трансплантационной координации по закону имеют право доступа к медицинским данным без согласия пациента в определенных целях, связанных с здравоохранением и трансплантацией органов. Эти организации могут получить доступ к вашим данным в указанных целях через Bronx RHIO, Inc независимо от того, давали вы согласие или нет и заполняли ли настоящую форму.