

Передача и использование информации о пациенте-участнике плана «Дом здоровья» Документ об отзыве согласия

Наименование организации-поставщика услуг в рамках плана «Дом здоровья» _____

Подписанием настоящего документа я заявляю, что не желаю быть участником плана «Дом здоровья» _____

наименование Дома здоровья _____

Ввиду того, что я более не являюсь участником указанной плана «Дом здоровья», подписанием настоящего документа я также отзываю свое разрешение на использование планом «Дом здоровья» моей персональной информации о состоянии здоровья при работе с медицинскими учреждениями и другими участниками указанной плана, в т.ч. региональной организацией по медицинской информации (RHIO) и/или компьютерной системой PSYCKES Отдела охраны психического здоровья штата (OMH), и/или компьютерной системой TABS/CHOICES от Управления для лиц с нарушениями в развитии. В случае подписания мною дополнительного соглашения с RHIO и/или PSYCKES и/или TABS/CHOICES с выражением согласия на использование моей личной информации о состоянии здоровья, я оставляю за RHIO и/или PSYCKES и/или TABS/CHOICES право на совместное использование вышеуказанной информации при работе с медицинскими и другими учреждениями. Я осознаю, что медицинские учреждения, которые уже располагают информацией о состоянии моего здоровья, не обязаны возвращать ее мне или устранять ее из своих учетных записей. Вместе с тем, поставщики услуг в рамках плана «Дом здоровья» более не имеют права собирать, изучать, читать, копировать и распространять информацию о состоянии моего здоровья, начиная с даты подписания мною настоящего документа. Мне известно, что понятие «персональная информация о состоянии здоровья» может включать сведения о состоянии здоровья, о психическом здоровье, сведения, о лечении алкогольной или наркотической зависимости и сведения, касающиеся ВИЧ/СПИД.

Мне известно, что моя персональная информация о состоянии здоровья по-прежнему пребывает под защитой законодательства и нормативных актов штата Нью-Йорк и федерального законодательства и нормативных актов США. Партнеры в рамках плана «Дом здоровья», уже располагающие информацией о состоянии моего здоровья, обязаны придерживаться вышеупомянутых законов и нормативных актов.

Мне также известно, что прекращение моего участия в плане «Дом здоровья» не лишает меня возможности пользоваться медицинской помощью и другими видами прямых медицинских услуг.

Настоящим отзываю любые ранее подписанные мною документы касательно предоставления согласия в рамках плана «Дом здоровья».

Имя и фамилия пациента печатными буквами _____

Дата рождения пациента _____

Подпись пациента или законного представителя _____

Дата _____

Имя и фамилия законного представителя пациента печатными буквами
(при наличии) _____

Вид отношений законного представителя пациента
(при наличии) _____

Подробные сведения касательно информации о пациенте и процесс отзыва согласия

1. Каким образом партнеры указанного плана будут использовать информацию обо мне?

Партнерам более не разрешается использовать информацию о состоянии вашего здоровья.

2. Что произойдет с информацией о состоянии моего здоровья?

Информация о состоянии вашего здоровья будет храниться в учреждениях, уже располагающих этой информацией, однако они по-прежнему должны обеспечивать ее защиту согласно законодательству и нормативным актам штата Нью-Йорк и США.

3. Какие законы и нормативные акты регулируют распространение информации о состоянии моего здоровья?

Этими законами и нормативными актами являются: Закон штата Нью-Йорк об образовании, раздел 6530(23); Закон о психогигиене, раздел 33.13; Закон штата Нью-Йорк об общественном здравоохранении, статья 27-F; Федеральный закон о передаче и отчетности при медицинском страховании (HIPAA) от 1996 г., 45-й Свод федеральных нормативных актов (CFR), части 160 и 164; и Федеральные правила конфиденциальности, 42-й CFR, часть 2.

4. Кто сможет получить и изучить информацию обо мне после того, как я отзываю свое согласие?

Никто не сможет получить никакой новой информации о состоянии вашего здоровья, но ранее полученная информация по этому вопросу не подлежит отзыву. Доступ к ранее полученной информации о состоянии вашего здоровья могут получить следующие лица: лица, задействованные в программе Health Home до того времени, когда вы отзывали свое согласие, например медики и другие лица, работающие на того или иного партнера программы Health Home и принимавшие участие в предоставлении вам медицинских услуг; поставщики медицинских услуг, работающие на того или иного партнера программы Health Home и предоставлявшие вам те или иные медицинские услуги; а также лица, работающие на того или иного партнера программы Health Home и предоставлявшие вам медицинские услуги в целях проверки вашей медицинской страховки или проведения медицинских исследований для улучшения медицинского обслуживания во благо всех пациентов. Кроме того, когда вы получали медицинское обслуживание от лица, не являвшегося вашим постоянным лечащим врачом или медицинского учреждения, услугами которого вы обычно не пользуетесь, например новой аптеки, больницы или другого медучреждения, некоторая информация, наподобие объема медицинских услуг, покрываемых вашей медстраховкой, или наименования вашего поставщика услуг в рамках программы Health Home, могла быть предоставлена им или изучена ими.

5. Что делать, если моей информацией воспользовались без моего согласия?

В таком случае вы можете:

- Позвонить на горячую линию Medicaid по номеру 1-800-541-2831, или
- Обратиться в Департамент здравоохранения и социальных служб США по номеру 1-800-368-1019, или подать жалобу на сайте <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Вы также можете позвонить:

- Позвонить одному из поставщиков услуг, который по вашему утверждению, имеет доступ к учетным записям с вашей информацией,
- Вашему менеджеру по медицинскому обслуживанию или представителю Health Home: _____ в _____, или
- Вашему менеджеру по медицинскому обслуживанию, если вы участвуете в плане по медицинскому обслуживанию.

6. Каково время действия моего отзыва согласия?

Ваш отзыв согласия будет оставаться в силе до того момента, когда вы подпишете новое согласие на участие в программе Health Home.

7. Как поступить, если я впоследствии передумаю и пожелаю снова участвовать в программе Health Home и разрешить использование информации о состоянии моего здоровья?

Если вы передумаете, просим обратиться в вашу программу медицинского страхования или в Health Home, услугами которого вы пользовались ранее, с уведомлением о вашей заинтересованности в повторном участии в программе Health Home.

8. Как получить копию этой формы?

После подписания настоящего документа об отзыве согласия попросите выдать вам его копию, и она будет вам выдана.