

Fòm Reprezantan Pèsonèl HIPAA

Enfòmasyon sou Pasyan an – Tanpri, ak Lèt Detache

Patient Information – Please Print

Non Pasyan an: _____

Patient Name

Dat Nesans: _____

Date of Birth

Adrè: _____

Address

Vil/Eta/Kòd Postal: _____

City/State/Zip Code

Nimewo telefòn pou jwenn ou pi fasil: _____

Telephone # most easily reached

Sou baz dokiman sa a, mwen otorize moun non li site anba a, pou li aji kòm reprezantan pèsonèl mwen nan respè Enfòmasyon Sante ki Pwoteje mwen yo (Protected Health Information, PHI). Ladan, gen otorite pou aksede, resevwa, epi pale sou dosye medikal ak enfòmasyon sou sante mwen yo. Epitou, mwen konsyan mwen kapab limite aksè nan dosye mwen yo si m presize sa anba a.

Enfòmasyon sou Reprezantan HIPAA - Tanpri, ak Lèt Detache

HIPAA Representative Information - Please Print

Non Pasyan an: _____

Patient Name

Dat Nesans: _____

Date of Birth

Adrè: _____

Address

Vil/Eta/Kòd Postal: _____

City/State/Zip Code

Nimewo telefòn pou jwenn ou pi fasil: _____

Relasyon ak Pasyan an: _____

Relationship to Patient

Mwen bay Reprezantan HIPAA, non li site anba a, aksè nan

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

- ☐ **Aksè konplè nan tout dosye medikal ak enfòmasyon sou sante** – note sa, gen yon kare separe anba a ki obligatwa tou pou gen aksè nan dosye ki lye ak VIH, pwoblèm sikyatrik epi abi sibstans.

Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

- ☐ **Lèt** - Presize limit oswa ensidan swen sante byen presi yo: _____

Other - Specify limits or specific health care incident

Lefètke m tcheke kategori ki apwopriye yo epi m siyen anba a, mwen (pasyan) bay Reprezantan HIPAA mwen an aksè nan enfòmasyon anplis sou sante mwen yo.

Mwen konprann, nan enfòmasyon ki nan dosye medikal mwen an kapab gen enfòmasyon ki lye ak VIH epi/oswa enfòmasyon ki lye dyagnostik oswa tretman andikap sikyatrik epi/oswa abi sibstans, epi lefètke m siyen kare sa a, mwen sitou otorize Reprezantan HIPAA mwen an pou li gen aksè nan enfòmasyon ki lye ak: (**ou dwe met inisyal nan chak domèn** ou vle bay Reprezantan HIPAA a aksè)

_____ Enfòmasyon sou alkòl, dwòg oswa abi sibstans

Alcohol, drug, or substance abuse information

_____ Enfòmasyon ki lye ak SIDA, VIH (san wete tèl ak rezilta ki gen rapò ak SIDA)

AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

_____ Sante Mantal

Mental Health

_____ Enfòmasyon sou Maladi mou Pran nan fè Sèks

Sexually Transmitted Disease information

_____ Enfòmasyon jenetik

Genetic information

Enfòmasyon sou Rechèch

Research Information

Li obligatwa pou kenbe dosye sa a konfidansyèl selon Lwa Eta New York ak Lwa Federal la.

Yo pa dwe transmèt materyèl sa a bay okenn moun san konsantman oswa otorizasyon alekri.

Siyati Pasyan an pou kare sa a: _____

Signature of Patient for this box

Dat: _____

Date

Li obligatwa pou kenbe dosye sa a konfidansyèl selon Lwa Eta New York ak Lwa Federal la.

Yo pa dwe transmèt materyèl sa a bay okenn moun san konsantman oswa otorizasyon alekri.

1. Mwen konprann mwen kapab anile deziyasyon Reprezantan HIPAA sa a nenpòt moman, lè m fè Depatman Jesyon Enfòmasyon Sante a konn sa nan adrès sa a: **4802 10th Avenue Attention: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11219** alekri; sepandan, si mwen anile otorizasyon sa a, sa p ap gen okenn enpak sou okenn mezi Maimonides Health te pran anvan yo te resevwa anilasyon sa a.
2. Mwen konprann tretman mwen resevwa a oswa pèman pou tretman mwen pa kapab baze sou si m siyen oswa pa siyen Otorizasyon sa a.
3. Mwen konprann benefisyè a kapab re-pibliye enfòmasyon ki pibliye an konfòmite ak fòm sa a, epi HIPAA p ap pwoteje enfòmasyon sa yo ankò.
4. Mwen konprann Otorizasyon sa a ap rete an vigè jiskaske: (Ou dwe tcheke youn)

☐ Pasyan an anile li alekri

Revoked in writing by the patient

☐ Nan dat ki vin apre a: _____

On the following date

Siyati Pasyan an: _____

Signature of Patient

Dat: _____

Date

Siyati Reprezantan HIPAA an: _____

Signature of HIPAA Representative

Dat: _____

Date

(Fòm nan ap valab sèlman si w ranpli tout espas ki apwopriye yo)

*OU KAPAB REFIZE SIYEN FÒM SA A