

Formularz dot. Osobistego Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA

Dane pacjenta – drukowanymi literami

Patient Information – Please Print

Imię i nazwisko pacjenta: _____
Patient Name

Data urodzenia: _____
Date of Birth

Adres: _____
Address

Miasto / stan / kod pocztowy: _____
City/State/Zip Code

Najbardziej dostępny numer telefonu: _____
Telephone # most easily reached

Niniejszym upoważniam osobę wymienioną poniżej do działania jako mój osobisty przedstawiciel w odniesieniu do moich chronionych informacji zdrowotnych (Protected Health Information, PHI). Obejmuje to uprawnienia do dostępu, odbierania i omawiania mojej dokumentacji medycznej oraz informacji zdrowotnych. Wiem też, że mogę ograniczyć dostęp do mojej dokumentacji w sposób określony poniżej

Dane Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA – drukowanymi literami

HIPAA Representative Information - Please Print

Imię i nazwisko pacjenta: _____
Patient Name

Data urodzenia: _____
Date of Birth

Adres: _____
Address

Miasto / stan / kod pocztowy: _____
City/State/Zip Code

Najbardziej dostępny numer telefonu: _____
Telephone # most easily reached

Relacja z pacjentem: _____
Relationship to Patient

Udzielam Przedstawicielowi z mocy ustawy HIPAA wymienionemu powyżej:

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

- ☐ **Pełnego dostępu do całej dokumentacji medycznej i informacji zdrowotnych** – uwaga: osobne pole poniżej jest również wymagane w odniesieniu do dostępu do informacji na temat statusu zakażenia wirusem HIV, leczenia psychiatrycznego i uzależnień.

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

- ☐ **Inne** – Należy określić ograniczenia lub konkretne incydenty zdrowotne: _____
Other - Specify limits or specific health care incident

Zaznaczając odpowiednie kategorie i składając swój podpis poniżej, ja (pacjent) udzielam mojemu Przedstawicielowi z mocy ustawy HIPAA dostępu do dodatkowych informacji zdrowotnych.

Rozumiem, że informacje zawarte w mojej dokumentacji medycznej mogą zawierać informacje związane ze statusem zakażenia wirusem HIV i/lub informacje dotyczące diagnozy lub leczenia schorzeń psychiatrycznych i/lub uzależnień, a składając podpis w tym polu, wyraźnie upoważniam mojego Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA do dostępu do informacji dotyczących: (należy **zaparafować każdy obszar**, do którego Przedstawiciel z mocy ustawy HIPAA ma mieć dostęp)

_____ Informacje o spożywaniu alkoholu, narkotyków lub uzależnieniach
Alcohol, drug, or substance abuse information

_____ Informacje związane z AIDS, zakażeniem wirusem HIV (w tym testy i wyniki związane z AIDS)
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

_____ Informacje o zdrowiu psychicznym
Mental Health

_____ Informacje o chorobach przenoszonych drogą płciową
Sexually Transmitted Disease information

_____ Informacje genetyczne
Genetic information

_____ Informacje badawcze
Research Information

Poufność niniejszego dokumentu jest wymagana na mocy prawa stanu Nowy Jork oraz prawa federalnego. Niniejszy dokument nie może być przekazywany nikomu bez pisemnej zgody lub upoważnienia.

Podpis Pacjenta: _____
Signature of Patient for this box

Data: _____
Date

Poufność niniejszego dokumentu jest wymagana na mocy prawa stanu Nowy Jork oraz prawa federalnego. Niniejszy dokument nie może być przekazywany nikomu bez pisemnej zgody lub upoważnienia.

1. Rozumiem, że mogę w każdej chwili wycofać wyznaczenie Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA, powiadamiając Departament Zarządzania Informacjami Zdrowotnymi (Health Information Management Department) pod następującym adresem: **4802 10th Avenue Attn: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11219** na piśmie; jednak cofnięcie niniejszego upoważnienia nie będzie miało wpływu na działania Maimonides Health podjęte przed otrzymaniem takiego uchylecia.

2. Rozumiem, że moje leczenie lub jego koszty nie mogą być uzależnione od tego, czy podpiszę to Upoważnienie.

3. Rozumiem, że informacje ujawnione na podstawie tego formularza mogą zostać dalej ujawnione przez odbiorcę i nie będą już chronione na mocy ustawy HIPAA.

4. Rozumiem, że niniejsze Upoważnienie pozostanie w mocy do: (Zaznaczyć jedną opcję)

☐ Odwołania na piśmie przez pacjenta
Revoked in writing by the patient

☐ Następującej daty: _____
On the following date

Podpis Pacjenta: _____
Signature of Patient

Data: _____
Date

Podpis Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA: _____
Signature of HIPAA Representative

日期: _____
Date

(Formularz będzie ważny po wypełnieniu wszystkich odpowiednich luk)

* MOŻNA ODMÓWIĆ PODPISANIA TEGO FORMULARZA