



**Autorizim NYCHHC HIPAA për dhënie informacioni shëndetësor
PLOTËSOJINI TË GJITHA KUTITË**

KY FORMULAR NUK MUND TË PËRDORET PËR QËLLIME STUDIUMI OSE MARKETINGU, MBLLEDHJE NDIHMASH FINANCIARE OSE AUTORIZIME MARRËDHËNIESH PUBLIKE

EMRI/ADRESA E PACIENTIT		DATA LINDJA	NUMRI I PUNËS (SSN) I PACIENTIT
		NUMRI I KARTELËS MJEKËSORE	NUMRI I TELEFONIT
EMRI I INSTITUCIONIT SHËNDETËSOR QË DO TË JAPË INFORMACION		INFORMACIONI SPECIFIK QË DO TË JEPET: Informacioni i kërkuar _____ Datat e mjekimit nga _____ deri më _____	
EMRI DHE ADRESA E PERSONIT OSE E INSTITUCIONIT KU DO TË DËRGOHET INFORMACIONI		INFORMACIONI QË DO TË JEPET (duke shenjuar kutizën, po autorizoni dhënien e atij lloji informacioni). Kini parasysh se, po të mos i shenjoni të gjitha kutizat, mund të mos jemi në gjendje ta trajtojmë kërkesën tuaj. <input type="checkbox"/> Të dhëna rreth programit për abuzim me alkool dhe/ose drogë <input type="checkbox"/> Të dhëna të shëndetit mendor <input type="checkbox"/> Të dhëna të testimit gjenetik <input type="checkbox"/> Të dhëna që kanë lidhje me HIV/SIDËN	
ARSYEJA PËR DHËNIE INFORMACIONI <input type="checkbox"/> Çështje ligjore <input type="checkbox"/> Kërkesë individuale <input type="checkbox"/> Tjetër (sqaroheni ju lutem): _____		KUR I SKADON AFATI KËTIJ AUTORIZIMI? (shenjoni një kutizë) <input type="checkbox"/> Ngjarja: _____ <input type="checkbox"/> Në këtë datë: _____	

Unë, ose përfaqësuesi i autorizuar prej meje, autorizoj përdorimin ose dhënien e informacionit tim mjekësor dhe/ose të faturave, siç e kam përshkruar në këtë formular.

E kam të qartë se informacioni im mjekësor dhe/ose i faturave mund t'u jepet palëve të treta dhe nuk mbrohet më nga rregulloret federale të fshehtësisë së informacionit shëndetësor, nëse marrësve të informacionit që përcaktohen në këtë formular nuk u kërkohet me ligj të mbrojnë fshehtësinë e informacionit.

E kam të qartë se, në rast se kartelat e mia mjekësore dhe/ose të faturave përmbajnë informacion që ka lidhje me **ABUZIMIN E ALKOOLIT** ose të **DROGAVE, TESTIMIN GJENETIK, SHËNDETIN MENDOR** dhe/ose **TË DHËNA KONFIDENCIALE QË KANË TË BËJNË ME HIV/SIDËN**, ky informacion nuk do t'u jepet personave të përmendur prej meje në rast se unë nuk i kam shenjuar kutizat për dhënie të këtij informacioni në këtë formular.

E kam të qartë se, nëse unë autorizoj përdorimin ose dhënien e informacionit të lidhur me HIV/SIDËN, marrësve të këtij informacioni nuk u lejohet përdorimi ose rihënja e informacionit që lidhet me HIV/SIDËN pa autorizimin tim, me përjashtim të rastit kur lejohen të veprojnë kështu nga ligji federal ose shtetëror. E kam gjithashtu të qartë se është e drejta ime të kërkoj një listë të atyre personave që mund të marrin ose përdorin informacionin tim për HIV/SIDËN pa autorizim. Në rast se ndihem i diskriminuar për shkak të përdorimit ose dhënies së informacionit të lidhur me HIV/SIDËN, mund t'i drejtohem Departamentit të Të Drejtave Të Njeriut të Shtetit të New York-ut, duke telefonuar 212.480.2493 ose Komisionit të Të Drejtave Të Njeriut për Qytetin e New York-ut, duke telefonuar 212.306.7450. Është përgjegjësi e këtyre agjencive të m'i mbrojnë të drejtat.

E kam të qartë se është e drejta ime të refuzoj nënshkrimin e këtij autorizimi dhe se kujdesi shëndetësor për mua, pagesat për këtë kujdes dhe benefitet e kujdesit shëndetësor nuk do të preken, edhe sikur të mos e nënshkruaj këtë formular. Gjithashtu e kam të qartë se, po të refuzoj ta nënshkruaj këtë autorizim, NYCHHC nuk mund të ma përmbushë kërkesën për dhënie informacioni mjekësor dhe/ose të faturave.

E kam të qartë se është e drejta ime të kërkoj të shoh dhe të marr një kopje të informacionit të përshkruar në këtë formular autorizimi, duke plotësuar një Formular Kërkesë për Informim (Request for Access). E kam gjithashtu të qartë se është e drejta ime të marr një kopje të këtij formulari, pasi ta kem nënshkruar.

E kam të qartë se, edhe sikur ta kem nënshkruar këtë formular autorizimi për të përdorur ose dhënë informacion mjekësor ose faturash në lidhje me mua, është e drejta ime ta shfuqizoj në çdo kohë, me përjashtim të efektit që ka lidhje me veprimet e kryera tashmë nga NYCHHC në bazë të autorizimit tim, ose të rastit kur autorizimi u lëshua si kusht për të siguruar mbulim me sigurim shëndetësor.

Për ta shfuqizuar këtë autorizim, lidhuni me departamentin e Administrimit të Informacionit Shëndetësor të institucionit që po trajton këtë kërkesë.

E lexova këtë formular dhe mora përgjigje për të gjitha pyetjet që kisha. Duke nënshkruar këtu më poshtë, pranoj se e kam lexuar dhe pranuar gjithçka më sipër.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT OSE I PËRFAQËSUESIT PERSONAL	NËSE NUK NËNSHKRUAN PACIENTI, SHKRUANI ME SHKRONJA SHTYPI EMRIN E PËRFAQËSUESIT PERSONAL QË PO E NËNSHKRUAN FORMULARIN DHE JEPNI TË DHËNA KONTAKTI PËR KËTË PERSON
DATA	PËRSHKRIM I AUTORITETIT TË PËRFAQËSUESIT PERSONAL PËR TË VEPRUAR NË EMËR TË PACIENTIT

Nëse këtë autorizim e ka kërkuar HHC, pacientit dhe/ose përfaqësuesit personal të pacientit duhet t'i jepet një kopje e këtij formulari, pasi të jetë nënshkruar.

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments