



Otorizasyon pou NYCHHC HIPAA Bay Enfòmasyon sou Sante
TOUT ESPAS YO DWE GEN REPONS LADAN YO

FÒMILÈ SA A PA DWE SÈVI KÒM OTORIZASYON POU RECHÈCH, NI POU FÈ KOMÈS, NI POU RANMASE LAJAN, NI POU RELASYON PIBLIK

NON AK ADRÈS PASYAN AN	DAT NESANS	NIMEWO SEKIRITE SOSYAL PASYAN AN (SSN)
	NIMEWO DOSYE MEDIKAL	NIMEWO TELEFÒN
NON PWOFEYONÈL SANTE KI DWE BAY ENFÒMASYON YO	ENFÒMASYON ESPESIFIK POU YO BAY LA Enfòmasyon yo Mande a _____ Dat Tretman an, se depi _____ pou rive _____	
NON AK ADRÈS MOUN OSWA KOTE YO PRAL VOYE ENFÒMASYON BA LI A	ENFÒMASYON POU YO BAY LA (Si ou make youn nan ti kare pi ba la yo, ou bay pèmision pou yo bay kalite enfòmasyon sa a.) Atansyon: Si ou pa make youn nan ti kare yo, nou kapab pa gen dwa fè sa ou mande a. <input type="checkbox"/> Enfòmasyon sou Pwogram pou Moun ki Bwè Twòp Alkòl ak/oswa Pran Dwòg <input type="checkbox"/> Enfòmasyon sou Sante Mantal <input type="checkbox"/> Enfòmasyon sou Tès Jenetik <input type="checkbox"/> Enfòmasyon sou VIH/SIDA	
REZON POU YO BAY ENFÒMASYON YO <input type="checkbox"/> Zafè legal <input type="checkbox"/> Moun lan mande sa <input type="checkbox"/> Lòt rezon (tanpri, di ki lòt rezon): _____	KI DAT OTORIZASYON SA A PRAL VALAB ANKÒ? (Tanpri mete yon mak sou kote youn) <input type="checkbox"/> Nan sikonstans sa a: _____ <input type="checkbox"/> Nan dat sa a: _____	

Mwen, oswa reprezantan otorize m, bay pèmision sèvi avèk, oubyen bay enfòmasyon medikal ansanm ak/oswa enfòmasyon pou peman mwen montre nan fòmilè sa a.

Mwen byen konprann yo kapab bay enfòmasyon medikal ak/oswa enfòmasyon pou peman mwen yo bay lòt moun oswa lòt kote ankò, epi enfòmasyon mwen yo kapab pa anba pwoteksyon règleman federal sou enfòmasyon sou sante konfidansyèl yo, si lalwa pa oblije moun oswa kote ki resevwa enfòmasyon sa yo kenbe enfòmasyon yo konfidansyèl.

Mwen byen konprann si dosye medikal ak/oswa dosye sou keyson peman mwen gen enfòmasyon ki an rapò avèk **BWÈ TWÒP ALKÒL** oswa **PRAN DWÒG**, oswa **TÈS JENETIK**, oswa **SANTE MANTAL**, ak/oswa **ENFÒMASYON KONFIDANSYÈL sou VIH/SIDA**, yo pa pral bay enfòmasyon sa yo bay moun mwen ekri non li a (yo), sòf si mwen mete yon mak nan ti kare ki sou kote enfòmasyon sa yo nan fòmilè sa a.

Mwen byen konprann si mwen bay pèmision pou yo sèvi avèk, oswa pou yo bay enfòmasyon mwen sou VIH/SIDA, moun oswa kote ki resevwa enfòmasyon sa yo pa gen dwa sèvi avèk yo, ni bay lòt moun, okenn nan enfòmasyon sou VIH/SIDA yo san pèmision m, sòf si lwa federal yo oubyen lwa nan Eta a pèmèt li fè sa. Mwen byen konprann tou, mwen gen dwa mande yon lis moun oswa kote ki kapab resevwa oswa ki kapab sèvi avèk enfòmasyon mwen sou VIH/SIDA san yo pa gen otorizasyon. Si yon moun oswa yon kote fè diskriminasyon kont mwen apre li resevwa oubyen sèvi avèk enfòmasyon mwen sou VIH/SIDA, mwen gen dwa kontakte Divizyon sou Dwa Moun nan Eta New York la [New York State Division of Human Rights] nan nimewo 212-480-2493, oswa Komisyon sou Dwa Moun nan Vil New York la [New York City Commission of Human Rights] nan nimewo 212-306-7450. Ajans sa yo gen responsabilite pou yo pwoteje dwa mwen.

Mwen byen konprann mwen gen dwa refize siyen otorizasyon sa a, epi pa pral gen konsekans sou swen sante mwen, ni sou peman pou swen sante mwen, ni sou sèvis mwen gen dwa resevwa pou sante mwen si mwen pa siyen fòmilè sa a. Mwen byen konprann tou, si mwen refize siyen otorizasyon sa a, NYCHHC pa pral kapab egzekite demann mwen fè pou bay enfòmasyon medikal ak enfòmasyon pou peman sou mwen.

Mwen byen konprann, si mwen vle mande wè ak/oswa resevwa yon kopi enfòmasyon yo ka bay dapre otorizasyon sa a, mwen gen dwa soumèt yon Fòmilè Demann Aksè [Request for Access Form] pou sa. Mwen byen konprann tou, mwen gen dwa mande yon kopi fòmilè sa a apre mwen siyen li.

Mwen konprann apre mwen siyen fòmilè otorizasyon sa a, pou pèmèt sèvi avèk oubyen bay enfòmasyon medikal ak/oswa enfòmasyon pou peman sou mwen, mwen toujou gen dwa anile otorizasyon sa a nenpòt kilè, sòf pou enfòmasyon NYCHHC te deja bay dapre otorizasyon mwen an, ak sòf si se yon otorizasyon yo te mande mwen bay kòm kondisyon pou asirans kouvri mwen.

Si ou vle anile otorizasyon sa a, ou mèt kontakte depatman pou Administrasyon Enfòmasyon sou Sante [Health Information Management] k ap okipe demann sa a.

Mwen li fòmilè sa a, epi yo reponn tout kesyon mwen yo. Avèk siyati mwen mete pi ba la a, mwen rekonnèt mwen li epi mwen asepte tout sa ki ekri anwo la a.

SIYATI PASYAN AN OSWA REPREZANTAN PÈSONÈL LI	SI SE PA PASYAN AN KI SIYEN, EKRI AKLÈ NON AK ENFÒMASYON POU KONTAKTE REPREZANTAN PÈSONÈL LI A KI SIYEN FÒMILÈ A
DAT	ESPLIKE KISA KI BAY REPREZANTAN PÈSONÈL LA DWA SIYEN POU PASYAN AN

Si se HHC ki mande otorizasyon sa a, yo dwe bay pasyan an oswa Reprezantan Pèsonèl li yon kopi fòmilè sa a, apre yo siyen li.
(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

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