



Upoważnienie NYCHHC do ujawnienia informacji zdrowotnych w ramach HIPAA
WSZYSTKIE RUBRYKI MUSZĄ ZOSTAĆ WYPEŁNIONE

TEGO FORMULARZA NIE WOLNO STOSOWAĆ DO UPOWAŻNIEŃ DLA CELÓW BADAWCZYCH, MARKETINGOWYCH, GROMADZENIA FUNDUSZY ANI PUBLIC RELATIONS

IMIĘ, NAZWISKO I ADRES PACJENTA		DATA URODZENIA	NUMER SOCIAL SECURITY (SSN)
		NUMER AKT MEDYCZNYCH	NUMER TELEFONU
NAZWA OŚRODKA ZDROWIA UJAWNIAJĄCEGO INFORMACJE		KONKRETNE INFORMACJE DO UJAWNIEŃ	
		Żądane informacje _____ Daty leczenia od _____ do _____	
NAZWISKO I ADRES OSOBY LUB NAZWA ADRESATA INFORMACJI		INFORMACJE DO UJAWNIEŃ (zaznaczenie pola oznacza upoważnienie do ujawnienia informacji danego typu). Uwaga: jeżeli nie wszystkie pola są zaznaczone, możemy nie być w stanie załatwić wniosku.	
		<input type="checkbox"/> Informacje o programach odwykowych dot. alkoholu i/lub substancji kontrolowanych <input type="checkbox"/> Informacje o zdrowiu psychicznym <input type="checkbox"/> Informacje o testach genetycznych <input type="checkbox"/> Informacje odnośnie HIV/AIDS	
POWÓD UJAWNIEŃ INFORMACJI		KIEDY UPOWAŻNIENIE WYGASA? (zaznaczyć jedno)	
<input type="checkbox"/> Postępowanie prawne <input type="checkbox"/> Na życzenie osoby fizycznej <input type="checkbox"/> Inne (prosimy określić): _____		<input type="checkbox"/> Zdarzenie: : _____ <input type="checkbox"/> W dniu: _____	

Ja lub mój upoważniony przedstawiciel zezwala na wykorzystanie lub ujawnienie moich informacji medycznych i/lub dotyczących opłat zgodnie z opisem w niniejszym formularzu.

Przyjmuję do wiadomości, że moje informacje medyczne i dotyczące opłat mogą być ponownie ujawnione i nie będą nadal chronione przez przepisy federalne dotyczące prywatności informacji o zdrowiu, jeżeli odbiorca(y) określony w tym formularzu nie ma obowiązku prawnego ochrony prywatności informacji.

Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli moje akta medyczne lub dotyczące opłat zawierają informacje odnośnie **NADUŻYCIA ALKOHOLU** lub **SUBSTANCJI KONTROLOWANYCH, TESTOWANIA GENETYCZNEGO, ZDROWIA PSYCHICZNEGO** i/lub **POUFNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV/AIDS**, te informacje nie zostaną ujawnione osobie lub osobom wskazanym przeze mnie, jeżeli nie zaznaczyłem/am odpowiednich pól na tym formularzu.

Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli udzielam upoważnienia do wykorzystania lub ujawnienia informacji związanych z HIV/AIDS, odbiorcy lub odbiorcom nie wolno ich wykorzystywać ani ujawnić ponownie bez mojego upoważnienia, chyba że zezwala im na to prawo federalne lub stanowe. Przyjmuję również do wiadomości, że mam prawo zażądać listy osób, które mogą otrzymać lub wykorzystać informacje na mój temat związane z HIV/AIDS bez upoważnienia. Jeżeli będę dyskryminowany/a z powodu wykorzystania lub ujawnienia informacji związanych z HIV/AIDS, mogę się skontaktować z Działem Praw Człowieka stanu Nowy Jork (*New York State Division of Human Rights*) tel. 212.480.2493 lub z Nowojorską Komisją Praw Człowieka (*New York City Commission of Human Rights* *), tel. 212.306.7450. Te urzędy mają obowiązek chronienia moich praw.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo odmowy podpisania niniejszego upoważnienia i że ta odmowa nie będzie miała wpływu na moją opiekę medyczną, zapłatę za opiekę oraz należne mi świadczenia związane z opieką medyczną. Przyjmuję także do wiadomości, że jeżeli odmówię podpisania niniejszego upoważnienia, NYCHHC nie może uwzględnić mojego wniosku o ujawnienie moich informacji medycznych lub dotyczących opłat.

Przyjmuję do wiadomości, że wypełniając formularz wniosku o udostępnienie mam prawo zażądać wglądu oraz uzyskać kopię informacji opisanych w niniejszym upoważnieniu. Przyjmuję także do wiadomości, że mam prawo uzyskać kopię niniejszego formularza po jego podpisaniu.

Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli podpisałem niniejsze upoważnienie do wykorzystania lub ujawnienia moich informacji medycznych lub opłat, mam prawo odwołać je w dowolnej chwili, jednak nie będzie to dotyczyć czynności już podjętych przez NYCHHC na podstawie mojego upoważnienia lub jeżeli upoważnienie zostało uzyskane jako warunek uzyskania ubezpieczenia.

Aby odwołać niniejsze upoważnienie, prosimy skontaktować się z działem Zarządzania Informacjami Zdrowotnymi (*Health Information Management*) placówki załatwiającej niniejszy wniosek.

Przeczytałem/am ten formularz i uzyskałem/am odpowiedzi na wszystkie pytania. Składając poniżej podpis, potwierdzam, że przeczytałem/am i zgadzam się na powyższe.

PODPIS PACJENTA LUB OSOBISTEGO PRZEDSTAWICIELA	JEŻELI PODPISUJE INNA OSOBA NIŻ PACJENT, WPISAĆ CZYTELNE IMIĘ, NAZWISKO I DANE KONTAKTOWE
DATA	OPIS UPRAWNIENIA PRZEDSTAWICIELA DO DZIAŁANIA W IMIENIU PACJENTA

Jeżeli HHC zażądał niniejszego upoważnienia, pacjent lub jego/jej osobisty przedstawiciel musi dotrzymać kopię formularza po jego podpisaniu.
(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