



Pojedynczy Punkt Dostępu dla Dzieci w mieście Nowy Jork: upoważnienie do ujawnienia informacji

Imię i nazwisko dziecka/pacjenta:	Data urodzenia:
-----------------------------------	-----------------

Ja, _____, upoważniam Wydział Zdrowia i Higieny Psychicznej Miasta Nowy Jork za pośrednictwem Pojedynczego Punktu Dostępu dla Dzieci (Children's Single Point of Access, CSPOA), do udostępniania, otrzymywania i uzyskiwania dostępu do następujących informacji o moim dziecku (lub o mnie, jeśli mam ukończone 18 lat):

Wszystkie oceny edukacyjne, medyczne, dotyczące leczenia uzależnień i zdrowia psychicznego, w tym Jednolity formularz skierowania, oceny psychiatryczne i psychologiczne, oceny psychospołeczne, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wszystkie dane kliniczne, notatki z psychoterapii sporządzone przez usługodawcę opieki zdrowotnej będącego specjalistą ds. zdrowia psychicznego dokumentującym lub analizującym treść rozmów podczas indywidualnej, grupowej lub rodzinnej sesji doradczej, które mogą być oddzielone od reszty mojej dokumentacji medycznej, wszystkie dane będące w posiadaniu lub uzyskane przez CSPOA, a także inne informacje wymienione w poniższym polu:

Inne informacje podlegające udostępnieniu [jeśli udostępniane informacje podlegają przepisom 42 CFR Part 2, należy je tutaj dokładnie wymienić]:

Upoważniam CSPOA do udostępniania na rzecz następujących podmiotów i otrzymywania od nich wymienionych powyżej informacji lub uzyskiwania do nich dostępu: dowolnego planu zdrowotnego, lekarza, pracownika opieki zdrowotnej, szpitala, przychodni, laboratorium, apteki, placówki medycznej lub innego usługodawcy opieki zdrowotnej, pracownika socjalnego, organizacji świadczącej usługi socjalne, dostawcy usług zdrowia psychicznego lub dodatkowych osób bądź organizacji wymienionych w polu poniżej, które zapewniły lub zapewnią płatność, leczenie bądź usługi mojemu dziecku lub w jego imieniu (albo mnie lub w moim imieniu, jeśli mam ukończone 18 lat):

Imiona i nazwiska lub nazwy innych osób i organizacji, których dotyczy ujawnianie informacji [jeżeli ujawniane informacje podlegają przepisom 42 CFR Part 2 — wymienić dokładnie osoby lub organizacje oraz imiona i nazwiska osób kontaktowych, które otrzymają informacje]:

Niniejsze upoważnienie wygaśnie po odwołaniu go przeze mnie, chyba że w polu poniżej określono inny termin lub zdarzenie powodujące wygaśnięcie:

Termin wygaśnięcia upoważnienia lub zdarzenie powodujące wygaśnięcie:

Niniejsze informacje są ujawniane lub otrzymywane przez CSPOA na moją prośbę i/lub do celów oceny pod kątem usług, ustalenia kwalifikowalności, skierowania do korzystania z usług lub świadczenia usług mojemu dziecku (albo mnie, jeśli mam ukończone 18 lat) i/lub w celach wymienionych w polu poniżej:

Inne cele ujawniania:

Rozumiem, że nie muszę podpisywać tego upoważnienia i że moja odmowa podpisania nie będzie miała wpływu na możliwość uzyskania leczenia przez moje dziecko (lub przeze mnie, jeśli mam ukończone 18 lat) ani na kwalifikowalność mojego dziecka (lub moją kwalifikowalność, jeśli mam ukończone 18 lat) do korzystania z usług. Z pewnymi wyjątkami informacje ujawnione raz mogą być ponownie ujawnione przez odbiorcę.

Ponadto rozumiem, że mam prawo odwołać niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie, pisząc na adres: DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101. Zdaję sobie sprawę z tego, że moje odwołanie upoważnienia nie będzie skuteczne, jeśli osoby oraz organizacje, które uzyskały moje upoważnienie do wykorzystywania lub ujawniania informacji dotyczących mojego dziecka (bądź mnie, jeśli mam ukończone 18 lat) podjęły już działania na podstawie mojego upoważnienia.

Podpis pacjenta lub prawnie upoważnionego przedstawiciela

Data

3.25 Polish