

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Нам известно, что информация, касающаяся вас и вашего здоровья, носит личный характер, и обязуемся соблюдать конфиденциальность этой информации. Эти обязательства требуют от нас получения вашего особого разрешения на использование или раскрытие конфиденциальной информации о вашем здоровье в описанных ниже целях Настоящая форма содержит текст такого разрешения и помогает нам убедиться, что вы должным образом проинформированы о способах использования или раскрытия такой информации. Перед подписанием настоящей формы просим вас внимательно ознакомиться с приведенной ниже информацией. НЕ СТАВЬТЕ СВОЮ ПОДПИСЬ НА НЕЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЕ.

КОНКРЕТНЫЕ УСЛОВИЯ

- Подписывая настоящую форму разрешения, вы соглашаетесь на то, что конфиденциальная информация о вашем здоровье будет использована или раскрыта. В отсутствие законодательных предписаний о сохранении конфиденциальности этой информации со стороны описанного(-ых) в настоящей форме получателя(-ей) она может быть раскрыта повторно.
- Если вы даете свое разрешение на раскрытие информации, связанной с лечением ВИЧ, психического заболевания и/или алкогольной либо наркотической зависимости, вы должны понимать, что в отсутствие вашего разрешения получатель(-и) такой информации обязан(-ы) защищать ее от повторного раскрытия, за исключением случаев, когда он/она будет вынужден(-а) сделать это согласно требованию федерального законодательства или закона штата. Кроме того, у вас есть право запросить список лиц, которые могут получить или использовать эту информацию без вашего разрешения. Если вы столкнулись с дискриминацией по поводу передачи или раскрытия информации, связанной с ВИЧ, вы можете связаться с Отделением штата Нью-Йорк по правам человека (New York State Division of Human Rights) по телефону (212) 870-8624 или с Комиссией г. Нью-Йорка по правам человека (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 566-5493. Эти организации несут ответственность за защиту ваших прав.
- Помимо закона по обеспечению доступности и подотчетности в медицинском страховании (HIPAA) от 1996 года, раскрытие информации о психическом здоровье регулируется разделами 33.13 и 33.16 закона Нью-Йорка о психической гигиене, а сведения, относящиеся к злоупотреблению алкоголем и наркотическими веществами, – Титулом 42 Свода федеральных правил (C.F.R.), часть 2, и Титулом 45 C.F.R., части 160 и 164, а также законодательством Нью-Йорка в сфере конфиденциальности.

ВАШИ ПРАВА:

- Вы можете отказаться от подписания настоящего документа. Если вы откажетесь от подписания, это никак не повлияет на получаемое вами лечение, на оплату медицинских услуг и на ваши льготы при получении медицинского обслуживания.
- Вы можете сделать запрос на просмотр и копирование информации, о которой упоминается в настоящей форме, согласно политике больницы.
- Если вы подпишете настоящий документ, вы будете иметь право в любой момент аннулировать его, за исключением действий, уже совершенных больницей согласно вашему разрешению. Для того чтобы аннулировать настоящий документ, вы должны будете письменно обратиться к сотруднику по защите конфиденциальной информации: Privacy Officer / The New York Eye and Ear Infirmary (Нью-Йоркская клиника заболеваний органов зрения и слуха), 310 East 14 Street, New York, New York 10003.

