

Εξουσιοδότηση για κοινοποίηση πληροφοριών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών για την αντιμετώπιση αλκοόλ/ναρκωτικών και των πληροφοριών ψυχικής υγείας) και εμπιστευτικών πληροφοριών σχετικά με τον HIV/το AIDS

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

Όνοματεπώνυμο ασθενούς	Ημερομηνία γέννησης	Αναγνωριστικός αριθμός ασθενούς
Διεύθυνση ασθενούς		

Εγώ, ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός μου, αιτούμαι την κοινοποίηση πληροφοριών υγείας σχετικά με την περίθαλψη και τη θεραπεία μου, όπως ορίζεται στο παρόν έντυπο. Κατανοώ ότι:

1. Η παρούσα εξουσιοδότηση μπορεί να περιλαμβάνει τη γνωστοποίηση πληροφοριών που αφορούν την ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ και ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ, τη ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, καθώς και ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ HIV/ΤΟ AIDS, μόνο εφόσον προσθέσω τα αρχικά μου στην κατάλληλη γραμμή του στοιχείου 8. Σε περίπτωση που οι πληροφορίες υγείας που περιγράφονται κατωτέρω περιλαμβάνουν οποιονδήποτε από αυτούς τους τύπους πληροφοριών και μονογράψω τη γραμμή στο πλαίσιο του στοιχείου 8, εξουσιοδοτώ ρητά την κοινοποίηση των εν λόγω πληροφοριών στο(α) πρόσωπο(α) που αναφέρεται(ονται) στο στοιχείο 6.
2. Με ορισμένες εξαιρέσεις, οι πληροφορίες υγείας που έχουν ήδη γνωστοποιηθεί μπορούν να γνωστοποιηθούν εκ νέου από τον παραλήπτη. Εφόσον εξουσιοδοτώ την κοινοποίηση πληροφοριών που σχετίζονται με τον HIV/το AIDS, την αντιμετώπιση του αλκοόλ ή των ναρκωτικών ή θεραπεία της ψυχικής υγείας, ο παραλήπτης απαγορεύεται να γνωστοποιήσει εκ νέου τις πληροφορίες αυτές ή να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που γνωστοποιήθηκαν για οποιονδήποτε άλλον σκοπό χωρίς την εξουσιοδότησή μου, εκτός εάν επιτρέπεται να το πράξει βάσει της ομοσπονδιακής ή κρατικής νομοθεσίας. Εάν αντιμετωπίσω διακρίσεις εξαιτίας της κοινοποίησης ή γνωστοποίησης πληροφοριών που σχετίζονται με τον HIV/το AIDS, μπορώ να επικοινωνήσω με το Τμήμα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στον αριθμό 1-888-392-3644. Αυτή η υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την προστασία των δικαιωμάτων μου.
3. Έχω το δικαίωμα να ανακαλέσω την παρούσα εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή με γραπτή επιστολή στον πάροχο που αναφέρεται κατωτέρω στο στοιχείο 5. Κατανοώ ότι μπορώ να ανακαλέσω την παρούσα εξουσιοδότηση, εκτός εάν έχει γίνει ήδη κάποια ενέργεια βάσει αυτής της εξουσιοδότησης.
4. Η υπογραφή της παρούσας εξουσιοδότησης είναι εθελοντική. Κατανοώ ότι γενικά η θεραπεία μου, η πληρωμή, η εγγραφή μου σε πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή η επιλεξιμότητά μου για παροχές δεν θα εξαρτώνται από την εξουσιοδότησή μου για την παρούσα γνωστοποίηση. Ωστόσο, κατανοώ ότι μπορεί να μου αρνηθούν τη θεραπεία σε ορισμένες περιπτώσεις, εάν δεν υπογράψω την παρούσα συναίνεση.

5. Όνομα και διεύθυνση του παρόχου ή της οντότητας που θα κοινοποιήσει αυτές τις πληροφορίες:									
6. Ονοματεπώνυμο και διεύθυνση του/των προσώπου(ων) στο(α) οποίο(α) θα γνωστοποιηθούν αυτές οι πληροφορίες:									
7. Σκοπός της κοινοποίησης πληροφοριών:									
8. Εκτός εάν έχω προηγουμένως ανακαλέσει, οι παρακάτω συγκεκριμένες πληροφορίες μπορούν να γνωστοποιηθούν από: _____ μέχρι _____ <small>ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ</small> <small>ΕΙΣΑΓΑΓΕΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ Ή ΓΕΓΟΝΟΣ</small>									
<input type="checkbox"/> Όλες οι πληροφορίες υγείας (γραπτές και προφορικές), εκτός από:									
Για τα ακόλουθα που πρέπει να συμπεριληφθούν, αναφέρετε τις συγκεκριμένες πληροφορίες προς γνωστοποίηση και μονογράψτε παρακάτω.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Πληροφορίες που πρέπει να γνωστοποιηθούν</th> <th>Αρχικά</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Αρχεία από προγράμματα αντιμετώπισης αλκοόλ/ναρκωτικών</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Κλινικά αρχεία από προγράμματα ψυχικής υγείας*</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Πληροφορίες σχετικά με τον HIV/το AIDS</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Πληροφορίες που πρέπει να γνωστοποιηθούν	Αρχικά	<input type="checkbox"/> Αρχεία από προγράμματα αντιμετώπισης αλκοόλ/ναρκωτικών		<input type="checkbox"/> Κλινικά αρχεία από προγράμματα ψυχικής υγείας*		<input type="checkbox"/> Πληροφορίες σχετικά με τον HIV/το AIDS	
	Πληροφορίες που πρέπει να γνωστοποιηθούν	Αρχικά							
	<input type="checkbox"/> Αρχεία από προγράμματα αντιμετώπισης αλκοόλ/ναρκωτικών								
<input type="checkbox"/> Κλινικά αρχεία από προγράμματα ψυχικής υγείας*									
<input type="checkbox"/> Πληροφορίες σχετικά με τον HIV/το AIDS									
9. Εάν δεν πρόκειται για τον ασθενή, το ονοματεπώνυμο του προσώπου που υπογράφει το έντυπο:	10. Αρχή υπογραφής εκ μέρους του ασθενούς:								

Όλα τα στοιχεία του παρόντος εντύπου έχουν συμπληρωθεί, οι ερωτήσεις μου σχετικά με το παρόν έντυπο έχουν απαντηθεί και μου έχει παρασχεθεί αντίγραφο του εντύπου.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Δήλωση/υπογραφή μάρτυρα: Έχω παρακολουθήσει την εκτέλεση της παρούσας εξουσιοδότησης και δηλώνω ότι ένα αντίγραφο της υπογεγραμμένης εξουσιοδότησης παρασχέθηκε στον ασθενή ή/και στον εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο του ασθενούς.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΛΟΥΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Το παρόν έντυπο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη θέση του DOH-2557 και έχει εγκριθεί από το Γραφείο Ψυχικής Υγείας της Νέας Υόρκης και το Γραφείο Υπηρεσιών κατά του Αλκοολισμού και της Κατάχρησης Ουσιών της Νέας Υόρκης, προκειμένου να επιτραπεί η κοινοποίηση πληροφοριών υγείας. Ωστόσο, αυτό το έντυπο δεν απαιτεί από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να κοινοποιήσουν πληροφορίες υγείας. Οι πληροφορίες σχετικά με την αντιμετώπιση αλκοόλ/ναρκωτικών ή οι εμπιστευτικές πληροφορίες σχετικά με τον HIV που κοινοποιούνται μέσω του παρόντος εντύπου πρέπει να συνοδεύονται από τις απαιτούμενες δηλώσεις περί απαγόρευσης της εκ νέου γνωστοποίησης.

*Σημείωση: Πληροφορίες από κλινικά αρχεία ψυχικής υγείας μπορούν να κοινοποιηθούν σύμφωνα με την παρούσα εξουσιοδότηση στα μέρη που προσδιορίζονται στο παρόν και τα οποία έχουν αποδεδειγμένη ανάγκη για τις πληροφορίες, υπό την προϋπόθεση ότι η γνωστοποίηση δεν αναμένεται ευλόγως να αποβεί επιζήμια για τον ασθενή ή άλλο πρόσωπο.