

Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

Oświadczenie przy przyjęciu do placówki

Front Door Acknowledgement

Leczenie:

Niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam Mount Sinai Health System (MSHS), lekarzy, pielęgniarki i inny personel kliniczny do zapewnienia mi opieki. Może ona obejmować leczenie, badania i zabiegi niezbędne dla mojej opieki i dobrego samopoczucia. Jestem świadomy(-a), że mogą opiekować się mną stażyści pod nadzorem lekarza, chyba że nie wyrażę na to zgody, a mój lekarz prowadzący uzna, że dalsze leczenie bez udziału tych członków zespołu jest bezpieczne.

Obserwatorzy i sprzedawcy:

Jestem świadomy(-a), że w moją opiekę medyczną mogą być zaangażowane również osoby zajmujące się pomocą techniczną lub sprzedawcy.

Badanie krwi w wyniku kontaktu:

Rozumiem, że jeśli osoba zaangażowana w moją opiekę i leczenie zostanie narażona na kontakt z pewnymi płynami ustrojowymi niosącymi zagrożenie przeniesienia choroby przenoszonej przez krew, moja krew zostanie zbadana pod kątem obecności wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i zapalenia wątroby typu C w celu określenia ryzyka w związku z takim kontaktem.

Testy pacjentów na HIV:

Ogólne informacje dotyczące wirusa HIV:

- HIV, wirus wywołujący AIDS, może rozprzestrzeniać się poprzez stosunek płciowy bez zabezpieczenia, dzielenie się igłami, poród lub karmienie piersią.
- Jeśli wynik testu będzie pozytywny, będę mógł (mogła) poddać się leczeniu na HIV/AIDS, które pomoże mi zachować zdrowie i wydłużyć życie.
- Osoby żyjące z wirusem HIV/AIDS mogą chronić innych przed zakażeniem poprzez stosowanie bezpiecznych praktyk.
- Dyskryminacja jakiegokolwiek osoby ze względu na jej status zakażenia wirusem HIV jest niezgodna z prawem.

Zgodnie z art. 27F ustawy o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork (NYS Public Health Law) pacjenci mają obowiązek otrzymać następujące informacje na temat badania na obecność wirusa HIV:

- Podmioty świadczące opiekę zdrowotną są zobowiązane do zapewnienia testu na obecność wirusa HIV wszystkim pacjentom w wieku 13–64 lat.

Przeczytałem(-am) powyższy dokument i jeśli będę mieć jakiejkolwiek pytania lub potrzebować dodatkowych informacji, powiadomię o tym członka mojego zespołu opieki.

Pacjent* lub upoważniony przedstawiciel prawny**

- Testy takie są dobrowolne i wszystkie wyniki badań na obecność wirusa HIV są poufne (prywatne).
- Anonimowe testy na obecność wirusa HIV (bez podawania nazwiska) są dostępne w niektórych publicznych punktach badań.
- W dowolnym momencie mogę wycofać swoją zgodę – ustnie lub na piśmie.

Szczepienia:

Jestem świadomy(-a), że MSHS może udostępniać informacje o moich szczepieniach Departamentowi Zdrowia Stanu Nowy Jork (New York City State Department of Health) w ramach Systemu Informacji o Szczepieniach Stanu Nowy Jork (New York State Immunization Information System, NYSIIS). Celem tego jest upewnienie się, że przydzielony mi pracownik ochrony zdrowia zna moje istotne informacje medyczne, aby mógł mi pomóc w otrzymaniu niezbędnych szczepień.

Dodatkowe informacje dotyczące leczenia:

Rozumiem, że po porodzie zespół opieki poda mojemu dziecku witaminę K oraz maść do oczu z erytromycyną w ramach standardowych zabiegów dla noworodków.

Zdjęcia i nagrania dźwiękowe:

Jestem świadomy(-a), że w trakcie opieki nade mną mogą być robione zdjęcia i dokonywane nagrania dźwiękowe (Nagrania) służące celom klinicznym lub do poprawy jakości usług. Ze względów bezpieczeństwa kliniczne i publiczne części budynków mogą być monitorowane przy użyciu kamer.

Nagrania mogą być wykorzystywane do celów edukacyjnych (np. prezentacji, konferencji, publikacji), o ile zdjęcia lub towarzyszące im opisy nie ujawniają mojej tożsamości. Jeżeli w nagraniach, które mają być wykorzystane do celów edukacyjnych, znajdują się informacje umożliwiające identyfikację, przed ich wykorzystaniem zostaną poproszony(-a) o dodatkową zgodę.

Rozumiem, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na wykorzystanie moich Nagrań do celów edukacyjnych lub badawczych i że taka odmowa nie wpłynie negatywnie na mój dostęp do opieki, którą otrzymuję, ani na jej jakość.

Wykorzystanie sztucznej inteligencji:

Rozumiem, że MSHS może korzystać z narzędzi sztucznej inteligencji (AI), aby pomóc zespołowi opiekującemu się mną w dokonywaniu profesjonalnych ocen i decyzji dotyczących mojej opieki.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis

Data

Godzina

Związek

* Należy uzyskać podpis pacjenta z wyjątkiem sytuacji gdy pacjent nie ma ukończonych 18 lat lub jest ubezwłasnowolniony.

** Osoba sprawująca kuratelę nakazem sądu, pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej lub zastępca zgodnie z rozumieniem Ustawy o decyzjach w sprawie rodzinnej opieki zdrowotnej (Family Health Care Decisions Act)