

Εξουσιοδότηση ασθενούς για κοινοποίηση ιατρικών πληροφοριών σε τρίτους



Εκτυπώστε τις πληροφορίες ασθενούς

Επώνυμο	Όνομα	Μεσαίο όνομα
Όνομα κατά τη στιγμή της θεραπείας (εάν διαφέρει από το παραπάνω)		
Ημερομηνία γέννησης (μήνας/ημέρα/έτος)	Αριθμός τηλεφώνου	Email (προαιρετικό)
Διεύθυνση	Πόλη και Πολιτεία	Ταχυδρομικός κώδικας

Τοποθεσία(-ες) υπηρεσίας (επιλέξτε μόνο τις τοποθεσίες όπου λάβατε υπηρεσίες)

☐ The Mount Sinai Hospital	☐ New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	☐ Mount Sinai Doctors:	
☐ Mount Sinai Beth Israel	☐ The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	☐ Brooklyn	☐ Florida
☐ Mount Sinai Brooklyn	☐ Mount Sinai-Behavioral Health Center	☐ Bronx/Westchester	☐ Long Island
☐ Mount Sinai Morningside	☐ Mount Sinai-Union Square	☐ Manhattan/Queens	
☐ Mount Sinai Queens		☐ Staten Island	
☐ Mount Sinai South Nassau		☐ Άλλη (προσδιορίστε):	
☐ Mount Sinai West			

Συμπληρώστε τα στοιχεία και επιλέξτε όλα τα πλαίσια που ισχύουν

Αιτούμενα αρχεία/πληροφορίες	Ημερομηνία(-ες) υπηρεσίας	Τοποθεσία(-ες) υπηρεσίας
☐ Επίσκεψη/-εις σε νοσοκομείο: ☐ Σύνοψη εξιτηρίου ☐ Έκθεση χειρουργικής επέμβασης ☐ Πλήρης φάκελος ☐ Άλλο: _____	_____	_____
☐ Χειρουργική επέμβαση χωρίς νοσηλεία ☐ Έκθεση χειρουργικής επέμβασης ☐ Πλήρης φάκελος ☐ Άλλο: _____	_____	_____
☐ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	_____	_____
☐ Εξωτερικό ιατρείο: ☐ Όνομα παρόχου: _____	_____	_____
☐ Εξωτερική κλινική: ☐ Όνομα κλινικής: _____	_____	_____
☐ Αποτελέσματα εξετάσεων: ☐ Εκθέσεις καρδιακού καθετηριασμού ☐ Φιλμ καρδιακού καθετηριασμού ☐ Εκθέσεις ακτινολογίας ☐ Ακτινογραφίες ☐ Εκθέσεις παθολογίας ☐ Διαφάνειες παθολογίας	_____	☐ Εργαστήριο _____
☐ Άλλο (προσδιορίστε): _____	_____	_____
Αρχεία που πρόκειται να κοινοποιηθούν: ☐ συμπεριλαμβάνουν ☐ συμπεριλαμβάνουν ☐ συμπεριλαμβάνουν ☐ συμπεριλαμβάνουν	☐ δεν συμπεριλαμβάνουν ☐ δεν συμπεριλαμβάνουν ☐ δεν συμπεριλαμβάνουν ☐ δεν συμπεριλαμβάνουν	πληροφορίες σχετικά με τον ιό HIV Αρχεία κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών Ψυχιατρικά αρχεία Αποτελέσματα γενετικού ελέγχου

Εξουσιοδότηση κοινοποίησης αρχείων σε

- ☐ Πάροχο υγειονομικής περίθαλψης
☐ Αρχές επιβολής νόμου
☐ Ασφαλιστική εταιρεία ή εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο
☐ Εργοδότη

- ☐ Δικηγόρο
☐ Δικαστήριο
☐ Άλλο

Ονοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Λόγος κοινοποίησης:

☐ Αίτημα ασθενούς

☐ Αίτηση παροχών

☐ Άλλο:

Επιλέξτε την επιθυμητή μορφή/τρόπο παράδοσης

- ☐ Έντυπο/Ταχυδρομείο ☐ Δίσκος/Ταχυδρομείο ☐ PDF/Email

Email για αποστολή αρχείου (υποχρεωτικό):

Η υπογραφή της παρούσας εξουσιοδότησης δεν θα αποτελέσει προϋπόθεση για τη λήψη θεραπείας ή πληρωμής. Ωστόσο, εάν δεν υπογράψετε, δεν θα είναι δυνατή η διάθεση των αρχείων σας.

Κατανοώ ότι η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει για ένα έτος από αυτήν την ημερομηνία ή έως _____ και μπορεί να ανακληθεί από εμένα ανά πάσα στιγμή, εκτός εάν το Mount Sinai έχει ήδη προβεί σε ενέργειες βάσει της εξουσιοδότησής μου.

Κατανοώ ότι τα αιτήματα για τη λήψη αντιγράφων ιατρικών αρχείων υπόκεινται στα επιτρεπτά από τους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς τέλη αναπαραγωγής και ότι θα έχω δυνατότητα τροποποίησης ή απόσυρσης του αιτήματός μου εάν δεν επιθυμώ να καταβάλω τα εν λόγω τέλη.

Ειδικές συμφωνίες

Κατανοώ ότι η παρούσα συγκατάθεση μπορεί να περιλαμβάνει την κοινοποίηση αρχείων κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών ή/και ψυχιατρικών αρχείων ή/και πληροφοριών που σχετίζονται με τον HIV (που γνωστοποιούν ότι έχω υποβληθεί σε εξέταση σχετικά με τον HIV ή έχω HIV λοίμωξη, ασθένεια που συνδέεται με τον HIV ή AIDS ή που θα μπορούσαν να γνωστοποιήσουν ότι έχω εκτεθεί δυνητικά στον ιό HIV).

Εάν εξουσιοδοτήσω την κοινοποίηση πληροφοριών που σχετίζονται με τον HIV/AIDS, τη θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες ή τη θεραπεία ψυχικής υγείας, οι παραλήπτες απαγορεύεται να κοινοποιήσουν περαιτέρω τις πληροφορίες χωρίς την άδειά μου, εκτός εάν επιτρέπεται να το πράξουν βάσει της ομοσπονδιακής και πολιτειακής νομοθεσίας. Έχω επίσης δικαίωμα να ζητήσω κατάλογο των ατόμων που δύνανται να λάβουν ή να χρησιμοποιήσουν προσωπικές μου πληροφορίες σχετικά με τον HIV χωρίς άδεια. Εάν αντιμετωπίσετε διακρίσεις λόγω της κοινοποίησης ή της αποκάλυψης πληροφοριών σχετικά με τον ιό HIV, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το Τμήμα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Πολιτείας της Νέας Υόρκης στο 800-523-2437 ή στο 212-480-2493 ή με την Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Νέας Υόρκης στο 212-306-7450.

Υπογράφοντας το παρόν έντυπο εξουσιοδότησης, παρέχω την άδειά μου για τη χρήση ή την κοινοποίηση των προσωπικών μου προστατευόμενων πληροφοριών υγείας, όπως περιγράφεται ανωτέρω. Οι πληροφορίες αυτές ενδέχεται να κοινοποιηθούν εκ νέου εάν οι παραλήπτες που αναφέρονται στο παρόν έντυπο δεν υποχρεούνται από τον νόμο να προστατεύουν το απόρρητο των πληροφοριών του ασθενή και εάν οι πληροφορίες αυτές δεν προστατεύονται πλέον από ομοσπονδιακούς κανονισμούς απορρήτου πληροφοριών υγείας.

Ασθενής,* κηδεμόνας
ή αντιπρόσωπος**

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

Ωρα

Σχέση ή «ο/η ίδιος/ίδια»

Διεύθυνση

Αριθμός τηλεφώνου

* Πρέπει να λαμβάνεται η υπογραφή του ασθενούς εκτός εάν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών ή δεν είναι σε θέση να υπογράψει.

** Στο συνολικό έγγραφο, ο όρος «εκπρόσωπος» αναφέρεται σε νόμιμα εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο.

Αποστείλετε το πλήρες έντυπο στην καταλληλότερη περιοχή που αναφέρεται παρακάτω		
Τοποθεσία	Διεύθυνση	Αριθμός τηλεφώνου
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	718-951-2806
Mount Sinai Morningside	Mount Sinai Morningside Health Information Management 1090 Amsterdam Avenue, 13th Floor, Suite B, New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai South Nassau	Mount Sinai South Nassau Health Information Management One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	516-632-3907
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	212-523-6623
New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai Medical Records 310 East 14th Street, New York, NY 10003	212-979-4352
The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center Health Information Management 325 West 15th Street, New York, NY 10011	212-604-6045
Mount Sinai-Behavioral Health Center	Mount Sinai-Behavioral Health Center Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai-Union Square	Mount Sinai-Union Square Health Information Management/Medical Records Attn: Outpatient Team 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Doctors	Καλέστε το ιατρείο για να λάβετε πληροφορίες διεύθυνσης Ή Mount Sinai Doctors Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	Επικοινωνήστε με το εκάστοτε ιατρείο ή ζητήστε τα αρχεία σας ηλεκτρονικά εισάγοντας την ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση στο πρόγραμμα περιήγησής σας: swellbox.com/mtsinai-wizard.html