

**MOUNT SINAI ENTERPRISE INFORMATION EXCHANGE
CONSENT FORM
Mount Sinai 企业信息交换
同意表**

步骤说明封面

请按照以下步骤向 Mount Sinai Health System 提交该表格：

- 1) 完整阅读下页的表格和随附的两页情况说明单
- 2) 填写以下需要的患者信息：

确认您身份需要的信息	
街道地址 _____	
城市： _____ 州： _____ 邮编： _____	
电话号码： _____	
Mount Sinai 医疗记录标号（可选） _____	

- 3) 在下页的表格注明您的同意选择。为顺利做到这一点，您必须用深色笔完全涂满四个椭圆形中的一个（仅可涂满一个）。
- 4) 在正确的区域写下您的完整姓名、出生日期、今天的日期和您的签名，以完成整个表格。
- 5) 用下列方式之一提交您的决定：

亲自上门： 将此页以及下列填写完成和签名的表格递交至任何 Mount Sinai Health System 患者注册地点。您不需要递交两页的情况说明单。

或者

邮寄： 将此页以及下列填写完成和签名的表格邮寄至以下地址：

邮寄此封面和签名表格的地址： Mount Sinai West Health Information Management Department 1000 Fifth Avenue, GP 1Center New York, NY 10019

请注意：

您在此表格中做出的决定将会替代之前记录的决定。如果您希望撤销之前提交的有关企业信息交换计划的决定，请在下页选择第 4 个同意选项：“我这次不想做决定”，并且按照说明填写和提交此表格。

如果您选择邮寄此表格，请注意，您的同意决定必须在此表格被收到和处理后才能在 Mount Sinai Health System 生效。



MOUNT SINAI 企业信息交流同意书 (MOUNT SINAI ENTERPRISE INFORMATION EXCHANGE CONSENT FORM)



在此同意书中，您可以选择是否允许 Mount Sinai Health System (MSHS) 将您的医疗记录分享给非 Mount Sinai 的医疗保健服务提供者，以及是否允许 MSHS 访问由非 Mount Sinai 提供者通过 Mount Sinai Health Information Exchange (“Mount Sinai HIE”)、Epic Care Everywhere、Carequality、Healthix 等四个健康信息技术平台向您提供的医疗信息。这些平台用于收集您在不同地方接受医疗保健服务的医疗记录，并将这些信息以电子形式安全地提供给为您进行治疗的提供者，进而提高您的医疗保健服务质量。如需关于纽约州此类信息共享的更多信息，请向您的医疗保健服务提供者索取“更多信息，更好服务”(Better Information Means Better Care) 手册或访问 ehealth4ny.org 网站的 *Resources* (资源) 查看。根据您的要求，您的提供者会为您从下列网站打印参与计划的提供者/信息来源列表。

(1) Mount Sinai HIE: 同意或拒绝允许 Mount Sinai HIE 网站 mountsinaiconnect.org 所列的参与者（其员工、代理人或其医疗工作人员）（“HIE 参与者”）访问您在 Mount Sinai HIE 中维护的电子健康信息，其中包括来自其他医疗保健服务提供者经授权通过 Mount Sinai HIE 披露信息的记录。

(2) Epic Care Everywhere 和 (3) Carequality: 同意或拒绝允许 Epic 网站 epic.com/careeverywhere 和 Carequality 网站 carequality.org/active-sites-search 所列的医疗保健服务提供者、其员工、代理人或医疗工作人员访问您在 MSHS 电子医疗记录系统中维护的健康信息。无论您在此同意书中作何选择，其他参与组织的提供者仍可能要求您在接受医疗服务时提供授权，以便其访问您在 Mount Sinai 电子医疗记录中的信息。

(4) Healthix: Healthix 为健康信息交流或合格实体 (Qualified Entity, QE)，是由纽约州卫生署 (New York State Department of Health) 认证并监管的非营利组织，用于收集并汇总您所接受的医疗服务相关信息。同意或拒绝允许 MSHS（我们的员工、代理人或医疗工作人员）查看来自您其他医疗保健服务提供者经授权通过 Healthix 披露信息的电子健康记录或获取其访问权限。如需当前获授权的提供者列表，请访问 Healthix 网站 healthix.org 或致电 877-695-4749 与 Healthix 联系。您可以拒绝同意参与 Healthix 的所有医疗保健服务提供者组织和健康计划通过 Healthix 以同一网站或电话号码访问您的电子健康信息。

无论选择同意还是拒绝，均不会导致您的医疗服务或健康保险遭拒。在做出决定之前，请仔细阅读本同意书所附情况说明书中的信息。

您在本同意书中所做的同意选择将同时适用于全部四个平台。日后，您可以填写新的同意书以随时更改您的决定。请标记以下 4 个选项的其中一项：

- 本人同意 (I GIVE CONSENT)**，在情况说明书所述任何允许目的相关的情况下（包括为本人提供任何医疗保健服务和紧急医疗服务），Mount Sinai HIE 网站所列的全部参与者访问 Mount Sinai HIE 存储的本人健康信息，Epic 和 Carequality 网站所列的全部参与者访问本人的所有 MSHS 电子医疗记录，以及 MSHS 的所有员工、代理人 and 医疗工作人员通过 Healthix 访问本人的所有电子健康信息。
- 除紧急医疗服务外，本人拒绝 (I DENY CONSENT, EXCEPT IN A MEDICAL EMERGENCY)** Epic 和 Carequality 网站所列的全部医疗服务提供者访问本人的 Mount Sinai 电子医疗记录。本人亦拒绝 Mount Sinai HIE 网站所列的全部参与者访问 Mount Sinai HIE 存储的本人健康信息（其自身提供的信息除外），以及 MSHS 的所有员工、代理人 and 医疗工作人员访问由非 Mount Sinai 参与者通过 Healthix 提供的本人电子健康信息（紧急医疗服务除外）。
- 即使在紧急医疗服务情况下，本人仍拒绝 (I DENY CONSENT, EVEN IN A MEDICAL EMERGENCY)** Mount Sinai HIE 网站所列的全部参与者访问 Mount Sinai HIE 存储的本人电子健康信息（其自身提供的信息除外），以及 MSHS 的所有员工、代理人 and 医疗工作人员访问由非 Mount Sinai 参与者出于任何目的而通过 Healthix 提供的本人任何电子健康信息。本人亦拒绝 Epic 和 Carequality 网站所列的参与者访问本人的 MSHS 电子医疗记录，但本人明白，Epic Care Everywhere 和 Carequality 参与者仍可在适用法律允许的紧急情况下访问本人的信息。
- 本人目前不想做出决定 (I DO NOT WISH TO MAKE A DECISION AT THIS TIME)**。本人了解，Epic Care Everywhere 和 Carequality 参与者可在适用法律允许的紧急医疗服务情况下访问本人 MSHS 电子医疗记录中的信息。MSHS 医疗保健服务提供者可在适用法律允许的紧急情况下通过 Healthix 访问本人的信息。

本人关于本同意书的问题已得到妥善解答，并已收到本同意书的副本。

患者正楷姓名 (Print Name of Patient)

患者签名（或患者的法定代表签名）
(Signature of Patient (or Patient's Legal Representative))

患者出生日期 (Patient Date of Birth)

日期(Date)

法定代表正楷姓名（如适用）
(Print Name of Legal Representative (if applicable))

法定代表与患者的关系（如适用）
(Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable))

6. **公共卫生和器官征购组织访问权。**法律规定，联邦、州或地方公共卫生机构及某些器官征购组织可出于特定公共卫生和器官移植的目的，在未经患者同意的情况下访问患者的健康信息。无论您同意、拒绝还是未填写同意书，这些实体均可出于这些目的而通过 Healthix 访问您的信息。
7. **对于不正当访问或使用您信息的惩处。**不正当访问或使用您的电子健康信息，将会受到相应惩处。无论何时，倘若您担心有人通过 Mount Sinai HIE 未经授权地查看或访问您的信息，请致电您已授权访问您记录的 HIE 参与者或 Care Everywhere 提供者之一，访问 Mount Sinai HIE 网站：<http://www.mountsinaiconnect.org>，通过上述地址和号码与 Mount Sinai HIE 隐私专员联系、致电 877-690-2211 与纽约州卫生署 (NYS Department of Health) 联系或访问 <https://www.hhs.gov/ocr> 与联邦民权办公室 (Federal Office of Civil Rights) 联系。如果您对通过 Healthix 访问您的信息深表不安，请致电 212-241-4669 与 Mount Sinai Health System 联系或访问 Healthix 网站：www.healthix.org；或致电 518-474-4987 与纽约州卫生署 (NYS Department of Health) 联系；或点击链接向联邦民权办公室 (Federal Office of Civil Rights) 提交流程：<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>。
8. **信息的再次披露。**关于您的任何电子健康信息仅可在州和联邦法律法规允许的范围内，由参与者再次披露给他人。纸质形式的健康信息亦不例外。如上文第 3 段所述，如果您同意，则包括敏感健康信息在内的您的全部电子健康信息均将通过这些健康信息技术平台提供。部分州法律和联邦法律对某些敏感健康信息提供特殊保护，包括关于：(1) 某些医疗保健服务提供者为您提供的健康状况之评估、治疗或检查；(2) HIV/AIDS；(3) 精神疾病；(4) 智力缺陷和发育障碍；(5) 药物滥用；以及 (6) 基因检测。各方人员在接收此类信息时，一律必须遵守其特殊要求。Mount Sinai HIE、Healthix 以及通过这些健康信息交流平台访问此类信息的用户一律必须遵守联邦和纽约州的相关要求。Care Everywhere 和 Carequality 参与者必须遵守联邦及其所在州的要求（其所在州法规的保护力度可能比纽约州更高或更低）。
9. **有效期。**本同意书将持续生效，直至您撤销同意，或：
 - a. 针对 Mount Sinai HIE，直至 Mount Sinai HIE 停止运行或直至您去世后 50 年，以较晚者为准；
 - b. 针对 Healthix，直至 Healthix 停止运行。如果 Healthix 与其他合格实体合并，您所做同意选择将对新合并实体持续生效；并且
 - c. 针对 Care Everywhere 和 Carequality，直至 Mount Sinai Health System 不再参与这些平台。
10. **更改您的同意状态。**您可以签署新的同意书，并在同意书第 1 页选择新的同意选项，即可随时更改您的同意状态。如需本同意书，请向您的医疗保健服务提供者索取或访问 Mount Sinai HIE 网站的“Protecting Patient Health Information”（保护患者健康信息页面）<http://www.mountsinai.org/ms-connect/protecting-patient-health-information>。填妥之后，请将同意书提交给您的医疗保健服务提供者，由其对我们的记录进行适当更新。

注意：在您的同意书生效期间，通过这些平台访问您健康信息的参与者可能会复制您的信息或将您的信息纳入其医疗记录。即便您随后决定撤销同意书，他们亦无需归还信息或将信息从记录中移除。

同意书副本。如果您提出要求，您有权在签署同意书后获得本同意书的副本。