

Συνοδευτικό φύλλο οδηγιών

Ακολουθήστε τα παρακάτω βήματα, ώστε να υποβάλετε αυτό το έντυπο στο Mount Sinai Health System:

- 1) Διαβάστε προσεκτικά το έντυπο της επόμενης σελίδας, καθώς και το δισέλιδο συνοδευτικό ενημερωτικό δελτίο
- 2) Συμπληρώστε τις παρακάτω απαιτούμενες πληροφορίες ασθενών:

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΕΤΕ ΤΗΝ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΣΑΣ**

Διεύθυνση \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Ταχυδρομικός κώδικας: \_\_\_\_\_

Αριθμός τηλεφώνου: \_\_\_\_\_

Αριθμός ιατρικού αρχείου στο Mount Sinai (Προαιρετικά) \_\_\_\_\_

- 3) Γνωστοποιήστε την επιλογή συγκατάθεσής σας στο έντυπο της επόμενης σελίδας. Για να το πραγματοποιήσετε, πρέπει να **συμπληρώσετε πλήρως μόνο ένα από τα τέσσερα οβάλ σχήματα** με σκούρο στυλό.
- 4) Συμπληρώστε το υπόλοιπο έντυπο γράφοντας το ονοματεπώνυμό σας, την ημερομηνία γέννησης, τη σημερινή ημερομηνία και την υπογραφή σας στα κατάλληλα πεδία.
- 5) Υποβάλετε την απόφασή σας χρησιμοποιώντας μία από τις παρακάτω επιλογές:

**ΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΩΣ:** Παραδώστε αυτήν τη σελίδα και την επόμενη, συμπληρωμένες και υπογεγραμμένες, σε οποιαδήποτε τοποθεσία εγγραφής ασθενών του Mount Sinai Health System. Δεν απαιτείται η παράδοση του δισέλιδου ενημερωτικού δελτίου.

**Ή**

**ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΩΣ:** Αποστείλετε αυτήν τη σελίδα και την επόμενη, συμπληρωμένες και υπογεγραμμένες, στις παρακάτω διευθύνσεις:

**ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟΥ ΦΥΛΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ:**

Mount Sinai West  
Health Information Management Department  
1000 Tenth Avenue  
New York, NY 10019

**ΛΑΒΕΤΕ ΥΠΟΨΗ:**

Οι επιλογές που κάνετε σε αυτό το έντυπο θα αντικαταστήσουν οποιαδήποτε απόφαση έχει καταγραφεί στο παρελθόν. Εάν επιθυμείτε να ανακαλέσετε μια απόφαση που έχει υποβληθεί στο παρελθόν σχετικά με το πρόγραμμα ανταλλαγής πληροφοριών μέσω του δικτύου, επιλέξτε την 4<sup>η</sup> επιλογή συγκατάθεσης στην επόμενη σελίδα, «Δεν θέλω να αποφασίσω αυτήν τη στιγμή», και ακολουθήστε τις οδηγίες συμπλήρωσης και υποβολής αυτού του εντύπου.

Εάν επιλέξετε να αποστείλετε αυτό το έντυπο, λάβετε υπόψη ότι όταν η απόφαση συγκατάθεσής σας παραληφθεί και επεξεργαστεί, θα ισχύει για το σύνολο του Mount Sinai Health System.

Με το παρόν έντυπο συγκατάθεσης μπορείτε να επιλέξετε αν θα παραχωρήσετε την άδειά σας στο δίκτυο Mount Sinai Health System (MSHS) για την κοινοποίηση των ιατρικών σας αρχείων σε παρόχους περιθαλψής εκτός του Mount Sinai και για την πρόσβαση του MSHS σε πληροφορίες σχετικά με την περιθαλψή που σας προσφέρεται από παρόχους εκτός του Mount Sinai μέσω των εξής τεσσάρων τεχνολογικών πλατφορμών: Mount Sinai Health Information Exchange («Mount Sinai HIE»), Epic Care Everywhere, Carequality και Healthix. Οι πλατφόρμες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα συγκέντρωσης των ιατρικών αρχείων που τηρούνται για εσάς στα διάφορα μέρη όπου σας παρέχονται υπηρεσίες περιθαλψής, καθιστώντας τα διαθέσιμα στους παρόχους σας ηλεκτρονικά και με ασφάλεια και βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών ιατρικής περιθαλψής που λαμβάνετε. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με αυτού του είδους την κοινοποίηση πληροφοριών στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης, ζητήστε από τον πάροχό σας το φυλλάδιο «Better Information Means Better Care» (Καλύτερη πληροφόρηση σημαίνει καλύτερη φροντίδα) ή βρείτε το στην ενότητα *Resources* (Πόροι) στον ιστότοπο [ehealth4ny.org](http://ehealth4ny.org). Μπορείτε επίσης να ζητήσετε από τον πάροχό σας να εκτυπώσει για εσάς τους καταλόγους με τους συμμετέχοντες παρόχους και τις πηγές προέλευσης των πληροφοριών από τους ιστότοπους που αναφέρονται παρακάτω.

**(1) Mount Sinai HIE:** Σας ζητούμε να παραχωρήσετε ή να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας προς τους συμμετέχοντες (συμπεριλαμβανομένων των αντίστοιχων εργαζομένων, εκπροσώπων ή μελών του ιατρικού προσωπικού) που παρατίθενται στον ιστότοπο του Mount Sinai HIE [mountsinaiconnect.org](http://mountsinaiconnect.org) («HIE Participants» [Συμμετέχοντες στο HIE]), ώστε να έχουν πρόσβαση στις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που τηρούνται στην πλατφόρμα Mount Sinai HIE, συμπεριλαμβανομένων των αρχείων άλλων παρόχων ιατρικής περιθαλψής προς εσάς οι οποίοι έχουν εξουσιοδότηση για την κοινοποίηση πληροφοριών μέσω της πλατφόρμας Mount Sinai HIE.

**(2) Epic Care Everywhere και (3) Carequality:** Σας ζητούμε να παραχωρήσετε ή να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας προς τους παρόχους ιατρικής περιθαλψής και τους αντίστοιχους εργαζομένους, εκπροσώπους ή μέλη του ιατρικού προσωπικού που παρατίθενται στον ιστότοπο της πλατφόρμας Epic στη διεύθυνση [epic.com/careeverywhere](http://epic.com/careeverywhere) και στον ιστότοπο της πλατφόρμας Carequality στη διεύθυνση [carequality.org/active-sites-search](http://carequality.org/active-sites-search), ώστε να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας που τηρούνται για εσάς στα συστήματα ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων του MSHS. **Ανεξάρτητα από την επιλογή σας σε αυτό το έντυπο, υπάρχει περίπτωση να ζητηθεί και πάλι η εξουσιοδότησή σας για πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού αρχείου που τηρείται για εσάς στο Mount Sinai από κάποιον πάροχο σε άλλο συμμετέχοντα οργανισμό.**

**(4) Healthix:** Το Healthix είναι δίκτυο ανταλλαγής πληροφοριών υγείας ή νομιμοποιούμενος φορέας. Πρόκειται για μη κερδοσκοπικό οργανισμό πιστοποιημένο και ελεγχόμενο από την Υπηρεσία Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (New York State Department of Health) για τη συλλογή και τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες που έχετε λάβει. Σας ζητούμε να παραχωρήσετε ή να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας προς το MSHS (συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων, των εκπροσώπων ή των μελών του ιατρικού προσωπικού μας) για την προβολή και προσπέλαση των ηλεκτρονικών αρχείων υγείας που τηρούνται για εσάς από άλλους παρόχους περιθαλψής οι οποίοι έχουν εξουσιοδότηση για την κοινοποίηση πληροφοριών μέσω του Healthix. Μπορείτε να λάβετε έναν ενημερωμένο κατάλογο των εξουσιοδοτημένων παρόχων στον ιστότοπο του Healthix στη διεύθυνση [healthix.org](http://healthix.org) ή καλώντας το Healthix στο 877-695-4749. Μπορείτε να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας προς ΟΛΟΥΣ τους οργανισμούς παροχής ιατρικής περιθαλψής και τα προγράμματα ασφάλισης υγείας που συμμετέχουν στο Healthix όσον αφορά την πρόσβαση στις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που διατίθενται για εσάς μέσω του Healthix, μεταβαίνοντας στον ίδιο ιστότοπο ή καλώντας τον παραπάνω αριθμό.

**Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ ΝΑ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΕΤΕ Ή ΝΑ ΑΡΝΗΘΕΙΤΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΤΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΕΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΡΟΤΟΥ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΤΕ, ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΟ ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΕΝΤΥΠΟΥ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.**

Η επιλογή που θα δηλώσετε στο παρόν έντυπο όσον αφορά τη συγκατάθεση θα ισχύει από κοινού και για τις τέσσερις πλατφόρμες. Μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή στο μέλλον και να δηλώσετε τη νέα σας απόφαση συμπληρώνοντας νέο έντυπο.

**Παρακαλούμε σημειώστε μία μόνο επιλογή από τις 4 που ακολουθούν:**

- ΠΑΡΑΧΩΡΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ (I GIVE CONSENT)** προς όλους τους συμμετέχοντες που παρατίθενται στον ιστότοπο του Mount Sinai HIE για πρόσβαση στις προσωπικές μου πληροφορίες υγείας που είναι αποθηκευμένες στο Mount Sinai HIE, προς όλους τους συμμετέχοντες που παρατίθενται στους ιστότοπους Epic και Carequality για πρόσβαση σε όλα τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία που τηρούνται για εμένα από το MSHS και προς όλους τους εργαζομένους, εκπροσώπους και μέλη του ιατρικού προσωπικού του MSHS για πρόσβαση σε όλες τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που διατίθενται για εμένα μέσω του Healthix για την εξυπηρέτηση οποιωνδήποτε από τους επηρεπόμενους σκοπούς που περιγράφονται στο ενημερωτικό δελτίο, συμπεριλαμβανομένου του σκοπού της παροχής υπηρεσιών ιατρικής περιθαλψής και επείγουσας φροντίδας σε εμένα.
- ΔΕΝ ΠΑΡΑΧΩΡΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΕΚΤΟΣ ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΕΠΙΓΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ (I DENY CONSENT, EXCEPT IN A MEDICAL EMERGENCY)**, σε κανέναν από τους παρόχους που παρατίθενται στους ιστότοπους Epic και Carequality για πρόσβαση στα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία που τηρούνται για εμένα από το Mount Sinai. Επίσης, δεν παραχωρώ συγκατάθεση σε κανέναν από τους συμμετέχοντες που παρατίθενται στον ιστότοπο του Mount Sinai HIE για πρόσβαση στις προσωπικές μου ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που είναι αποθηκευμένες στο Mount Sinai HIE, εκτός από τις πληροφορίες που έχουν παρασχεθεί από τους ίδιους, καθώς και σε κανέναν από τους εργαζομένους, εκπροσώπους και μέλη του ιατρικού προσωπικού του MSHS για πρόσβαση σε ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που διατίθενται για εμένα μέσω του Healthix και έχουν παρασχεθεί από άλλους συμμετέχοντες πλην του Mount Sinai, εκτός αν πρόκειται για επείγον ιατρικό περιστατικό.

- ΔΕΝ ΠΑΡΑΧΩΡΩ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ, ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ (I DENY CONSENT, EVEN IN A MEDICAL EMERGENCY)**, σε κανέναν από τους συμμετέχοντες που παρατίθενται στον ιστότοπο του Mount Sinai HIE για πρόσβαση στις προσωπικές μου ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που είναι αποθηκευμένες στο Mount Sinai HIE, εκτός από τις πληροφορίες που έχουν παρασχεθεί από τους ιδίους, καθώς και σε κανέναν από τους εργαζομένους, εκπροσώπους και μέλη του ιατρικού προσωπικού του MSHS για πρόσβαση σε ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας που διατίθενται για εμένα μέσω του Healthix και έχουν παρασχεθεί από άλλους συμμετέχοντες πλην του Mount Sinai για οποιονδήποτε σκοπό. Επίσης, δεν παραχωρώ συγκατάθεση στους συμμετέχοντες που παρατίθενται στους ιστότοπους Epic και Carequality για πρόσβαση στο ηλεκτρονικό ιατρικό αρχείο που τηρείται για εμένα από το MSHS, αλλά **κατανώ ότι οι συμμετέχοντες στις πλατφόρμες Epic Care Everywhere και Carequality διατηρούν τη δυνατότητα πρόσβασης στις προσωπικές μου πληροφορίες σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και στον βαθμό που επιτρέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία.**
- ΔΕΝ ΘΕΛΩ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΩ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ (I DO NOT WISH TO MAKE A DECISION AT THIS TIME)**. Κατανώ ότι οι συμμετέχοντες στις πλατφόρμες Epic Care Everywhere και Carequality ενδέχεται να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού αρχείου που τηρείται για εμένα από το MSHS σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και στον βαθμό που επιτρέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία. Οι πάροχοι του MSHS ενδέχεται να έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις πληροφορίες μου μέσω του Healthix σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και στον βαθμό που επιτρέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία.

Οι απορίες μου σχετικά με το παρόν έγγραφο απαντήθηκαν και μου προσφέρθηκε η επιλογή λήψης αντιγράφου του παρόντος εντύπου.

\_\_\_\_\_  
Όνοματεπώνυμο ασθενούς με κεφαλαία γράμματα  
(Print Name of Patient)

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή ασθενούς (ή νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς)  
(Signature of Patient (or Patient's Legal Representative))

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία γέννησης ασθενούς (Patient Date of Birth)

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία (Date)

\_\_\_\_\_  
Όνοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου με κεφαλαία  
γράμματα (εάν εφαρμόζεται)  
(Print Name of Legal Representative (if applicable))

\_\_\_\_\_  
Σχέση νόμιμου εκπροσώπου με τον ασθενή (εάν εφαρμόζεται)  
(Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable))

# Ανταλλαγή πληροφοριών μέσω του δικτύου Mount Sinai

## Ενημερωτικό δελτίο

Λεπτομέρειες σχετικά με τις πληροφορίες ασθενών στις πλατφόρμες Mount Sinai HIE, Care Everywhere και Healthix και διαδικασία συγκατάθεσης για ΕΙΕ:

### 1. Ορισμοί

- Ο όρος «The Mount Sinai Health System» αναφέρεται στα εξής:
  - Mount Sinai Beth Israel
  - Mount Sinai Brooklyn
  - Mount Sinai Doctors
  - The Mount Sinai Hospital
  - Mount Sinai Queens
  - Mount Sinai West
  - Mount Sinai St. Luke's
  - New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai
  - South Nassau Communities Hospital
  - Icahn School of Medicine at Mount Sinai
- Ο όρος «συμμετέχοντες» αναφέρεται στους φορείς που παρατίθενται στους ιστότοπους Mount Sinai Connect, Epic, Carequality και Healthix.

### 2. Πώς θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες σας. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης και σε ομοσπονδιακό επίπεδο, οι προσωπικές σας ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους συμμετέχοντες για τους εξής σκοπούς:

- Για την παροχή ιατρικής περίθαλψης και σχετικών υπηρεσιών προς εσάς.
- Για να ελεγχθεί αν έχετε ασφάλεια υγείας και τι καλύπτει η ασφάλειά σας.
- Για να βελτιωθεί η ικανότητα των πληρωτών και των ασφαλιστών να εκπληρώσουν τις απαιτήσεις ποιότητας και αποδοτικότητας των εκάστοτε προγραμμάτων, αποκτώντας μια πληρέστερη εικόνα των κλινικών πληροφοριών ενός ασθενούς.
- Για τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων διαχείρισης της περίθαλψης. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την παροχή βοήθειας προς εσάς για τη λήψη της κατάλληλης ιατρικής φροντίδας, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών περίθαλψης που προσφέρονται σε εσάς, τον συντονισμό πολλαπλών υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης που προσφέρονται σε εσάς ή την υποστήριξή σας για την τήρηση ενός προγράμματος ιατρικής φροντίδας.
- Για τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την αξιολόγηση και τη βελτίωση της προσφερόμενης ιατρικής φροντίδας (και των σχετικών υπηρεσιών) σε εσάς και σε όλους τους ασθενείς του Mount Sinai και στα μέλη και τους συμμετέχοντες οργανισμούς του Healthix.
- Το Mount Sinai Health System θα καθιστά διαθέσιμες στην πλατφόρμα Care Everywhere και Carequality τις πληροφορίες υγείας που τηρούνται για εσάς από το Mount Sinai, εκτός εάν έχετε λάβει μόνο υπηρεσίες που σχετίζονται με θεραπεία ψυχικής υγείας/ψυχιατρικής ή με θεραπεία για κατάχρηση ουσιών.

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ: Η επιλογή σας στο παρόν έντυπο συγκατάθεσης ΔΕΝ επιτρέπει την πρόσβαση των οργανισμών ασφάλισης υγείας στις πληροφορίες σας με σκοπό να αποφασιστεί αν θα σας προσφερθεί ασφάλεια υγείας ή πληρωμή λογαριασμών.**

### 3. Ποια είδη προσωπικών σας πληροφοριών περιλαμβάνονται

Οι προσωπικές σας ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν τα μέρη όπου έχετε λάβει υπηρεσίες περίθαλψης, το ιστορικό των ασθενειών ή τραυματισμών σας (π.χ. διαβήτη ή κάταγμα οστού), τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας (π.χ. ακτινογραφίες ή εξετάσεις αίματος), σημειώσεις σχετικά με τις επισκέψεις σε γιατρούς και την πρόδοό σας που τηρούνται από τους παρόχους σας, και καταλόγους των φαρμάκων που έχετε πάρει. Περιλαμβάνονται πληροφορίες που έχουν δημιουργηθεί τόσο πριν όσο και μετά την ημερομηνία του παρόντος εντύπου συγκατάθεσης. Οι πληροφορίες αυτές ενδέχεται να σχετίζονται με ευαίσθητα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά αλλά όχι περιοριστικά, των εξής:

• προβληματικής χρήσης αλκοόλ ή ουσιών	• προβλημάτων ψυχικής υγείας
• θεμάτων που σχετίζονται με τον έλεγχο των γεννήσεων και τις αμβλώσεις (οικογενειακός προγραμματισμός)	• HIV/AIDS
• γενετικών (κληρονομικών) ασθενειών ή εξετάσεων	• σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

4. **Από πού προέρχονται οι προσωπικές σας πληροφορίες υγείας** Οι προσωπικές σας πληροφορίες προέρχονται από τα μέρη όπου σας έχει προσφερθεί ιατρική περίθαλψη ή ασφάλιση υγείας («πηγές προέλευσης πληροφοριών»). Τα μέρη αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν νοσοκομεία, γιατρούς, φαρμακεία, κλινικά εργαστήρια, οργανισμούς ασφάλισης υγείας, το πρόγραμμα Medicaid και άλλους οργανισμούς που συμμετέχουν στην ηλεκτρονική ανταλλαγή πληροφοριών υγείας. Ένας πλήρης κατάλογος των πηγών προέλευσης των πληροφοριών του HIE (HIE Information Sources) είναι διαθέσιμος από το Mount Sinai ή από τον συμμετέχοντα στο HIE πάροχο ιατρικής περίθαλψης, κατά περίπτωση. Μπορείτε να λάβετε έναν ενημερωμένο κατάλογο των πηγών προέλευσης πληροφοριών οποιαδήποτε στιγμή μέσω του ιστότοπου του Mount Sinai HIE <http://www.mountsinainconnect.org>. Μπορείτε επίσης να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Ιδιωτικού Απορρήτου του Mount Sinai HIE ταχυδρομικά, στις διεύθυνση: HIPAA Compliance Office, Mount Sinai Health System, 1 Gustave L. Levy Place, Box 1016, New York, NY 10029, ή τηλεφωνικά στον αριθμό: αριθμό 212-241-4669. Ένας ενημερωμένος, πλήρης κατάλογος των πηγών προέλευσης των πληροφοριών του Healthix διατίθεται από το Healthix και μπορεί να ληφθεί οποιαδήποτε στιγμή από τον ιστότοπο του Healthix στη διεύθυνση <http://www.healthix.org> ή μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με το Healthix στο 877-695-4749. Οι πληροφορίες σας μπορεί επίσης να προέρχονται από τους οργανισμούς που παρατίθενται στον ιστότοπο της πλατφόρμας Epic στη διεύθυνση [epic.com/careeverywhere](http://epic.com/careeverywhere) και στον ιστότοπο της πλατφόρμας Carequality στη διεύθυνση [carequality.org/active-sites-search](http://carequality.org/active-sites-search).
5. **Ποιοι θα επιτρέπεται να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες σας, αν παραχωρήσετε τη συγκατάθεσή σας** Πρόσβαση στις πληροφορίες σας θα επιτρέπεται μόνο σε αυτά τα άτομα: σε γιατρούς που είναι μέλη του ιατρικού προσωπικού και σε άλλους παρόχους περίθαλψης των εγκεκριμένων συμμετεχόντων οι οποίοι λαμβάνουν μέρος στην ιατρική σας φροντίδα, σε παρόχους περίθαλψης οι οποίοι προσφέρουν κάλυψη ή είναι διαθέσιμοι για υπηρεσία για λογαριασμό των εγκεκριμένων συμμετεχόντων, σε προσωπικά που συμμετέχει σε δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας ή διαχείρισης της περίθαλψης για λογαριασμό των εγκεκριμένων συμμετεχόντων, και σε μέλη του προσωπικού των εγκεκριμένων συμμετεχόντων τα οποία εκτελούν επιτρεπόμενες δραστηριότητες βάσει του παρόντος εντύπου συγκατάθεσης, όπως περιγράφεται στην παράγραφο 2 παραπάνω.
6. **Πρόσβαση οργανισμών δημόσιας υγείας και προμήθειας οργάνων**. Οι φορείς δημόσιας υγείας σε ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό επίπεδο και ορισμένοι οργανισμοί προμήθειας οργάνων εξουσιοδοτούνται διά νόμου να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς για ορισμένους σκοπούς δημόσιας υγείας και μεταμόσχευσης οργάνων. Οι εν λόγω φορείς δύνανται να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες σας μέσω του Healthix για τους σκοπούς αυτούς, ανεξάρτητα από το αν παραχωρήσετε ή αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας ή δεν συμπληρώσετε έντυπο συγκατάθεσης.
7. **Κυρώσεις για ακατάλληλη προσπέλαση ή χρήση των πληροφοριών σας**. Σε περίπτωση ακατάλληλης προσπέλασης ή χρήσης των προσωπικών σας ηλεκτρονικών πληροφοριών υγείας, υπάρχουν κυρώσεις. Εάν οποιαδήποτε στιγμή ανησυχήσετε ότι κάποιος δεν θα έπρεπε να έχει δει ή προσπελάσει τις πληροφορίες για εσάς αλλά το έπραξε μέσω του Mount Sinai HIE, καλέστε έναν από τους συμμετέχοντες στο HIE ή τους παρόχους του Care Everywhere που έχετε εξουσιοδοτήσει για πρόσβαση στα αρχεία σας ή επισκεφτείτε τον ιστότοπο του Mount Sinai HIE: <http://www.mountsinainconnect.org> επικοινωνήστε με τον Υπεύθυνο Ιδιωτικού Απορρήτου του Mount Sinai HIE Privacy Officer στη διεύθυνση και στον αριθμό τηλεφώνου που αναφέρονται παραπάνω, καλέστε την Υπηρεσία Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (NYS Department of Health) στο 877-690-2211 ή επικοινωνήστε με την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Δικαιωμάτων του Πολίτη (Federal Office of Civil Rights) στη διεύθυνση <https://www.hhs.gov/ocr>. Αν η ανησυχία σας σχετίζεται με περιστατικό πρόσβασης στις πληροφορίες σας μέσω του Healthix, μπορείτε να καλέσετε το The Mount Sinai Health System στο 212-241-4669, να επισκεφτείτε τον ιστότοπο του Healthix: [www.healthix.org](http://www.healthix.org), να καλέσετε την Υπηρεσία Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (NYS Department of Health) στο 518-474-4987 ή να χρησιμοποιήσετε τη διαδικασία υποβολής καταγγελίας της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Δικαιωμάτων του Πολίτη (Federal Office of Civil Rights) στον ακόλουθο σύνδεσμο: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>.
8. **Περαιτέρω κοινοποίηση πληροφοριών**. Οποιοδήποτε προσωπικές σας ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μπορούν να κοινοποιηθούν περαιτέρω από τους Συμμετέχοντες σε τρίτους μόνο στον βαθμό που επιτρέπεται από τους πολιτειακούς και ομοσπονδιακούς νόμους και κανονισμούς. Αυτό ισχύει επίσης για τις προσωπικές σας πληροφορίες υγείας που διατίθενται σε έντυπη μορφή. Όπως αναφέρεται στην ενότητα 3 παραπάνω, εάν παραχωρήσετε τη συγκατάθεσή σας, ΟΛΕΣ οι προσωπικές σας ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ευαίσθητων πληροφοριών, θα είναι διαθέσιμες μέσω αυτών των τεχνολογικών πλατφορμών πληροφοριών υγείας. Ορισμένοι πολιτειακοί και ομοσπονδιακοί νόμοι παρέχουν ειδική προστασία για κάποια είδη ευαίσθητων πληροφοριών υγείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με: (i) την αξιολόγηση, θεραπεία ή εξέταση μιας ιατρικής πάθησής σας από ορισμένους παρόχους, (ii) HIV/AIDS, (iii) ψυχική ασθένεια, (iv) νοητική υστέρηση και αναπτυξιακές αναπηρίες, (v) κατάχρηση ουσιών, και (vi) γενετικό έλεγχο. Αυτές οι ειδικές απαιτήσεις πρέπει να τηρούνται σε κάθε περίπτωση λήψης ευαίσθητων πληροφοριών υγείας τέτοιου είδους από οποιοδήποτε άτομο. Το Mount Sinai HIE, το Healthix και τα πρόσωπα που έχουν πρόσβαση σε τέτοιες πληροφορίες μέσω αυτών των δικτύων ανταλλαγής πληροφοριών υγείας οφείλουν να συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις που ισχύουν τόσο σε ομοσπονδιακό επίπεδο όσο και στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης. Οι συμμετέχοντες στις πλατφόρμες Care Everywhere και Carequality οφείλουν να συμμορφώνονται με τις ομοσπονδιακές απαιτήσεις και τις απαιτήσεις που ισχύουν στην Πολιτεία όπου εδρεύουν, οι οποίες ενδέχεται να παρέχουν μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό προστασίας σε σύγκριση με την Πολιτεία της Νέας Υόρκης.

- 9. Περίοδος ισχύος.** Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης θα παραμείνει σε ισχύ μέχρι την ημερομηνία ανάκλησης της συγκατάθεσής σας ή:
- α. όσον αφορά το Mount Sinai HIE, έως ότου παύσει η λειτουργία του Mount Sinai HIE ή έως ότου παρέλθουν 50 έτη μετά τον θάνατό σας, όποια ημερομηνία είναι μεταγενέστερη.
  - β. όσον αφορά το Healthix, έως ότου παύσει η λειτουργία του Healthix. Εάν το Healthix συγχωνευτεί με κάποιον άλλο νομιμοποιούμενο φορέα, οι επιλογές σας όσον αφορά τη συγκατάθεση θα παραμείνουν σε ισχύ για τον νέο συγχωνευμένο φορέα, και
  - γ. όσον αφορά το Care Everywhere και το Carequality, έως ότου παύσει η συμμετοχή του Mount Sinai Health System στις εν λόγω πλατφόρμες.
- 10. Τροποποίηση του καθεστώτος συγκατάθεσης.** Μπορείτε να αλλάξετε το καθεστώς συγκατάθεσης που έχετε επιλέξει οποιαδήποτε στιγμή, υπογράφοντας νέο έντυπο συγκατάθεσης και δηλώνοντας μια νέα επιλογή συγκατάθεσης στη σελίδα 1 του εντύπου. Μπορείτε να λάβετε το έντυπο συγκατάθεσης από τον πάροχό σας ή από τον ιστότοπο του Mount Sinai HIE, στη σελίδα «Protecting Patient Health Information» (Προστασία των πληροφοριών υγείας των ασθενών), <http://www.mountsinai.org/ms-connect/protecting-patient-health-information>. Αφού συμπληρώσετε το έντυπο, παραδώστε το στον πάροχό σας, ώστε να ενημερώσει κατάλληλα τα αρχεία μας.

**Επισήμανση:** Οι συμμετέχοντες που έχουν πρόσβαση στις προσωπικές σας πληροφορίες υγείας μέσω αυτών των πλατφορμών κατά την περίοδο ισχύος της συγκατάθεσής σας μπορούν να αντιγράψουν ή να συμπεριλάβουν τις πληροφορίες σας στα δικά τους ιατρικά αρχεία. Ακόμη και αν αποφασίσετε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας αργότερα, δεν υποχρεούνται να επιστρέψουν τις πληροφορίες ούτε να τις αφαιρέσουν από τα αρχεία τους.

**Αντίγραφο του εντύπου.** Έχετε δικαίωμα να λάβετε ένα αντίγραφο του παρόντος εντύπου συγκατάθεσης αφού το υπογράψετε, εφόσον το ζητήσετε.