

**MOUNT SINAI ENTERPRISE INFORMATION EXCHANGE
CONSENT FORM
ОБМЕН ИНФОРМАЦИЕЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЙ УЧРЕЖДЕНИЕМ MOUNT SINAI
ФОРМА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОГЛАСИЯ**

Инструкции

Чтобы отправить эту форму в Mount Sinai Health System, выполните следующее.

- 1) Внимательно прочитайте форму на следующей странице, а также прилагающийся информационный листок на двух страницах
- 2) Внесите следующую необходимую информацию о пациенте.

ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВАШЕЙ ЛИЧНОСТИ

улица и номер дома: _____

город: _____ штат): _____ почтовый индекс: _____

номер телефона: _____

Номер медицинской карты в системе Mount Sinai (необязательно): _____

- 3) Укажите выбранный вами вариант ответа в форме на следующей странице. Для этого вы должны **полностью заштриховать ручкой с чернилами темного цвета только один из четырех овалов**.
- 4) Заполните оставшуюся часть формы: впишите свое полное имя, дату рождения, сегодняшнюю дату и поставьте свою подпись в соответствующих местах.
- 5) Подайте свое решение одним из следующих способов.

ЛИЧНО. Отдайте эту и следующие страницы (заполненные и подписанные) в любой центр регистрации пациентов Mount Sinai Health System. Двухстраничный информационный листок отдавать не нужно.

ИЛИ

ПО ПОЧТЕ. Отправьте эту и следующие страницы (заполненные и подписанные) по следующему адресу.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ДЛЯ ОТПРАВКИ ЭТОГО ДОКУМЕНТА И ПОДПИСАННОЙ ФОРМЫ:

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

ВНИМАНИЕ!

Выбор, который вы сделаете в этой форме, заменит собой все предыдущие задокументированные решения. Если вы хотите отозвать ранее поданное решение относительно программы по обмену информацией, осуществляемому учреждением, выберите четвертый вариант ответа на следующей странице: «Я не хочу принимать решение сейчас» и следуйте инструкциям по заполнению и подаче этой формы.

Если вы решите отправить эту форму по почте, обратите внимание, что ваше решение относительно согласия вступит в силу в Mount Sinai Health System только после того, как форма будет получена и обработана.

В этой форме согласия вы можете принять решение о разрешении или запрете системе здравоохранения Mount Sinai Health System (MSHS) передавать вашу медицинскую документацию поставщикам медицинских услуг, не относящимся к Mount Sinai, и предоставить MSHS доступ к информации о медицинской помощи, оказанной вам поставщиками услуг, не относящимися к Mount Sinai, с помощью четырех информационных платформ: Mount Sinai Health Information Exchange (далее — Mount Sinai HIE), Epic Care Everywhere, Carequality, и Healthix. Эти платформы помогут собирать ваши медицинские документы, которые находятся в разных местах, где вам предоставляются медицинские услуги, и обеспечивать лечащим вас поставщикам услуг безопасный электронный доступ к этим документам, что позволит повысить качество предоставляемых вам услуг. Для получения дополнительных сведений о таком обмене информацией, осуществляемом в штате Нью-Йорк, попросите у своего поставщика услуг брошюру Better Information Means Better Care («Более полная информация — более качественная помощь») или прочитайте ее в разделе *Resources* («Ресурсы») на веб-сайте ehealth4ny.org. По запросу ваш поставщик услуг распечатает списки поставщиков-участников / источников информации, указанные на веб-сайтах, упомянутых ниже.

(1) Mount Sinai HIE. Дайте (или откажитесь давать) свое согласие на предоставление участникам (их работникам, агентам или медицинскому персоналу), указанным на веб-сайте Mount Sinai HIE mountsinaiconnect.org (далее — Участники HIE), доступа к своей электронной медицинской информации, хранящейся в Mount Sinai HIE, включая документацию других ваших поставщиков медицинских услуг, имеющих разрешение предоставлять информацию через Mount Sinai HIE.

(2) Epic Care Everywhere и (3) Carequality. Дайте (или откажитесь давать) свое согласие на предоставление поставщикам медицинских услуг, их работникам, агентам или медицинскому персоналу, указанным на веб-сайте Epic epic.com/careeverywhere и веб-сайте Carequality, carequality.org/active-sites-search доступа к вашей электронной медицинской информации, хранящейся в электронных системах хранения медицинской документации MSHS. **Независимо от вашего решения, зафиксированного в этой форме, поставщик услуг другой организации-участника все равно может попросить в медицинском учреждении вашего разрешения на доступ к информации, содержащейся в вашей электронной медицинской документации Mount Sinai.**

(4) Healthix. Healthix — это Health Information Exchange или Одобренная организация (Qualified Entity, QE), некоммерческая организация, сертифицированная и регулируемая Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health), целью которой является сбор и агрегация информации о получаемых вами медицинских услугах. Дайте (или откажитесь давать) свое согласие на то, чтобы MSHS (наши работники, агенты или медицинский персонал) просматривала и имела доступ к вашей электронной медицинской документации, хранящейся у других ваших поставщиков медицинских услуг, имеющих разрешение на передачу информации через Healthix. Список актуальных уполномоченных поставщиков услуг можно получить, посетив веб-сайт Healthix по адресу healthix.org или позвонив в Healthix по номеру 877-695-4749. Обратившись на этот же веб-сайт или позвонив по этому же номеру телефона, вы можете отказаться предоставлять ВСЕМ поставщикам услуг и программам медицинского страхования, участвующим в Healthix, согласие на доступ к вашей электронной медицинской информации, имеющейся в Healthix.

ВАШЕ СОГЛАСИЕ ИЛИ ОТКАЗ НЕ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ОСНОВОЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИЛИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ СВЕДЕНИЯ НА ПРИЛАГАЮЩЕМСЯ ИНФОРМАЦИОННОМ ЛИСТКЕ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ЭТОЙ ФОРМЫ СОГЛАСИЯ.

Ваше решение относительно согласия, зафиксированное в этой форме, применяется ко всем четырем платформам. Вы можете изменить свое решение в любой момент в будущем, заполнив другую форму. **Отметьте только один вариант из четырех предложенных:**

- Я ДАЮ СОГЛАСИЕ (I GIVE CONSENT)** на то, чтобы все Участники, указанные на веб-сайте Mount Sinai HIE, имели доступ к моей медицинской информации, хранящейся на платформе Mount Sinai HIE, чтобы все Участники, указанные на веб-сайтах Epic и Carequality, имели доступ ко всей моей электронной медицинской документации MSHS, а также чтобы все работники, агенты и медицинский персонал MSHS имели доступ ко всей моей электронной медицинской информации, доступной на Healthix, в связи с любыми разрешенными целями, указанными в информационном листке, включая предоставление мне любого медицинского обслуживания и неотложной помощи.
- Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ДАВАТЬ СОГЛАСИЕ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ, ТРЕБУЮЩИХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) (I DENY CONSENT, EXCEPT IN A MEDICAL EMERGENCY)**, на то, чтобы все поставщики услуг, указанные на веб-сайтах Epic и Carequality, имели доступ к моей электронной медицинской документации Mount Sinai. Я также отказываюсь давать согласие на то, чтобы все Участники, указанные на веб-сайте Mount Sinai HIE, имели доступ к моей медицинской информации, хранящейся в Mount Sinai HIE, за исключением информации, которую они предоставили сами, а также чтобы все работники, агенты и медицинский персонал MSHS имели доступ к любой моей электронной медицинской информации, доступной на Healthix и внесенной не участником Mount Sinai, за исключением случаев, требующих неотложной медицинской помощи.

- Я ОТКАЗЫВАЮСЬ ДАВАТЬ СОГЛАСИЕ (ДАЖЕ В СЛУЧАЯХ, ТРЕБУЮЩИХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) (I DENY CONSENT, EVEN IN A MEDICAL EMERGENCY)**, на то, чтобы Участники, указанные на веб-сайте Mount Sinai HIE, имели доступ к моей электронной медицинской информации, хранящейся в Mount Sinai HIE, за исключением информации, которую они предоставили сами, а также чтобы все работники, агенты и медицинский персонал MSHS имели доступ к любой моей электронной медицинской информации, доступной на Healthix и внесенной не участником Mount Sinai, в каких бы то ни было целях. Я также отказываюсь давать согласие на то, чтобы Участники, указанные на веб-сайтах Epic и Carequality, имели доступ к моей электронной медицинской документации MSHS, при этом **я понимаю, что Участники Epic Care Everywhere и Carequality могут все равно получить доступ к моей информации в экстренном случае в соответствии с применимым законодательством.**
- Я НЕ ХОЧУ ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ СЕЙЧАС (I DO NOT WISH TO MAKE A DECISION AT THIS TIME)**. Я понимаю, что участники Epic Care Everywhere и Carequality могут получить доступ к информации в моей электронной медицинской документации MSHS в случаях, требующих неотложной медицинской помощи, в соответствии с применимым законодательством. Поставщики услуг MSHS могут получить доступ к моей информации через Healthix в экстренном случае в соответствии с применимым законодательством.

Я получил(а) ответы на вопросы об этой форме, и мне было предложено получить копию этой формы.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами)
(Print Name of Patient)

Дата рождения пациента (Patient Date of Birth)

Имя и фамилия законного представителя (печатными буквами) (в соответствующих случаях)
(Print Name of Legal Representative (if applicable))

Подпись пациента (или его законного представителя)
(Signature of Patient (or Patient's Legal Representative))

Дата (Date)

Кем законный представитель приходится пациенту
(в соответствующих случаях)
(Relationship of Legal Representative to Patient (if applicable))

Обмен информацией, осуществляемый учреждением Mount Sinai

Информационный листок

Сведения об информации о пациенте в Mount Sinai HIE, Care Everywhere и Healthix и процесс получения согласия на обмен информацией, осуществляемый учреждением.

1. Определения.

- «Mount Sinai Health System» относится к следующим:
 - Mount Sinai Beth Israel
 - Mount Sinai Brooklyn
 - Врачи Mount Sinai
 - 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
- «Участники» относится к организациям, указанным на веб-сайтах Mount Sinai Connect, Epic, Carequality и Healthix.

2. Как будет использоваться ваша информация. Согласно законам штата Нью-Йорк и федеральным законам, ваша электронная медицинская информация может быть использована Участниками в следующих целях.

- Предоставление вам лечения и сопутствующих услуг.
- Проверка наличия у вас медицинской страховки и объема ее покрытия.
- Улучшение способности плательщиков и страховщиков соответствовать требованиям программы в области качества и эффективности за счет получения более обширной клинической информации о пациенте.
- Обеспечение управления медицинским обслуживанием. Сюда входит содействие вам в получении соответствующей медицинской помощи, повышение качества предоставляемых вам медицинских услуг, координация оказания нескольких предоставляемых вам медицинских услуг или поддержка в выполнении плана медицинского обслуживания.
- Обеспечение мероприятий по повышению качества. Сюда входят оценка и повышение качества медицинской помощи (и сопутствующих услуг), предоставляемой вам и всем пациентам Mount Sinai, а также членам Healthix и организациям-участникам.
- Mount Sinai Health System опубликует на платформе Care Everywhere и Carequality информацию о том, что в Mount Sinai может содержаться ваша медицинская информация, за исключением случаев, когда услуги, которые вы получаете, связаны только с лечением психических заболеваний или наркотической зависимости.

ПРИМЕЧАНИЕ. Выбор, который вы делаете в этой форме согласия, НЕ предоставляет медицинским страховым компаниям доступ к вашей информации для принятия решения о предоставлении вам медицинской страховки или об оплате ваших счетов.

3. Какие типы информации о вас включены. Ваша электронная медицинская информация может включать следующее: место получения вами медицинских услуг, историю ваших болезней или травм (например, сахарный диабет или перелом кости), результаты обследований (например, рентгенограмма или анализ крови), записи, сделанные вашими поставщиками услуг во время приема у врача или по поводу хода лечения, а также списки принимаемых вами препаратов. Сюда входит информация, созданная до и после даты подписания этой формы согласия. Эта информация может относиться к заболеваниям конфиденциального характера, включая, помимо прочего:

• проблемы с употреблением алкоголя или наркотиков;	• психические заболевания;
• контрацепция и аборты (планирование семьи);	• ВИЧ/СПИД;
• генетические (наследственные) заболевания или анализы;	• заболевания, передающиеся половым путем.

4. Источники вашей медицинской информации. Информация о вас поступает из мест, где вам предоставлялось медицинское обслуживание или медицинское страхование (далее — Источники информации). Сюда могут входить больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, медицинские страховые компании, программа Medicaid и другие организации, которые обмениваются медицинской информацией в электронной форме. Полный список актуальных Источников информации HIE имеется в Mount Sinai или у вашего поставщика медицинских услуг, Участника HIE (в соответствующих случаях). Обновленный список Источников информации можно получить в любое время на веб-сайте Mount Sinai HIE <http://www.mountsinainconnect.org>. Вы также можете связаться с сотрудником отдела защиты данных (Privacy Officer), написав по адресу: HIPAA Compliance Office, Mount Sinai Health System, 1 Gustave L. Lewy Place, Box 1016, New York, NY 10029 или позвонив по номеру: 212-241-4669. Полный список актуальных Источников информации Healthix имеется на Healthix, также его можно получить в любое время, посетив веб-сайт Healthix по адресу <http://www.healthix.org> или позвонив по номеру 877-695-4749. Информация о вас может также поступать от организаций, указанных на веб-сайте Epic по адресу epic.com/careeverywhere и на веб-сайте Carequality по адресу carequality.org/active-sites-search.

5. Кто может получить доступ к вашей информации, если вы дадите согласие. Доступ к вашей информации могут иметь только следующие лица: врачи, состоящие в штате медицинского учреждения, и другие поставщики медицинских услуг одобренного Участника, а также те, кто участвует в предоставлении вам медицинской помощи; поставщики медицинских услуг, замещающие одобренного Участника или осуществляющие дежурство от его имени; персонал, участвующий в повышении качества или управлении предоставлением помощи для одобренного Участника; и персонал одобренного Участника, осуществляющий мероприятия, разрешенные этой формой согласия, как описано выше в разделе 2.

6. Доступ государственных организаций здравоохранения и трансплантационной координации. Государственные организации здравоохранения и некоторые организации трансплантационной координации федерального и местного уровня и уровня штата по закону имеют право получать медицинскую информацию без согласия пациента для определенных целей государственного здравоохранения и трансплантации органов. Для достижения этих целей такие учреждения могут иметь доступ к вашей информации через Healthix, независимо от того, дали ли вы свое согласие или нет, а также заполняли ли вы форму согласия.

7. Наказание за неправомерный доступ к вашей информации или неправомерное ее использование. За ненадлежащий доступ к вашей электронной медицинской информации или ненадлежащее ее использование предусмотрено наказание. Если в какой-либо момент вы заподозрите, что какое-либо лицо, которое не имеет права доступа к вашей информации, получило его через Mount Sinai HIE, позвоните одному из Участников HIE или поставщиков услуг Care Everywhere, которому вы дали разрешение на доступ к своей документации, посетите веб-сайт Mount Sinai HIE: <http://www.mountsinainconnect.org>, свяжитесь с сотрудником отдела защиты данных Mount Sinai HIE по адресу и номеру телефона, указанным выше, позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по номеру 877-690-2211 или свяжитесь с Федеральным управлением по гражданским правам (Federal Office of Civil Rights) по адресу <https://www.hhs.gov/ocr>. Если ваши опасения связаны с доступом к вашей информации через Healthix, позвоните в The Mount Sinai Health System по номеру 212-241-4669; или посетите веб-сайт Healthix: www.healthix.org; или позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк по номеру 518-474-4987; или подайте жалобу в соответствии с процедурой Федерального управления по гражданским правам, перейдя по следующей ссылке: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>.

- 8. Повторное разглашение информации.** Любая электронная медицинская информация о вас может быть повторно разглашена Участником другим лицам только в той мере, в которой это разрешено законами и нормами штата и федеральными законами и нормами. Это также касается вашей медицинской информации в бумажной форме. Как указано в разделе 3 выше, если вы даете согласие, ВСЯ ваша электронная медицинская информация, включая конфиденциальную медицинскую информацию, будет доступна на этих медицинских информационных платформах. Некоторые законы штата и федеральные законы обеспечивают специальные защитные меры в отношении некоторых типов конфиденциальной медицинской информации, включая относящуюся к следующему: (i) оценка, лечение или обследование вашего заболевания определенными поставщиками услуг; (ii) ВИЧ/СПИД; (iii) психические заболевания; (iv) умственная отсталость и нарушения развития; (v) злоупотребление наркотическими веществами; и (vi) генетическое тестирование. Особые требования этих защитных мер должны выполняться всякий раз, когда люди получают конфиденциальную медицинскую информацию такого типа. Mount Sinai HIE, Healthix и лица, имеющие доступ к этой информации посредством такого обмена медицинской информацией, должны соблюдать федеральные требования и требования штата Нью-Йорк. Участники Care Everywhere и Carequality должны соблюдать федеральные требования и требования своих штатов, которые могут быть более или менее строгими, чем таковые штата Нью-Йорк.
- 9. Срок действия.** Настоящая форма согласия будет действительна, пока вы не отзовете свое согласие, или:
- в отношении Mount Sinai HIE — до того момента, пока Mount Sinai HIE не прекратит функционирование, или пока не пройдет 50 лет с момента вашей смерти, в зависимости от того, что наступит позже;
 - в отношении Healthix — пока Healthix не прекратит функционировать. Если Healthix осуществит слияние с другой Одобренной организацией, ваш выбор в отношении согласия останется в силе для вновь образованной организации; и
 - в отношении Care Everywhere и Carequality — пока Mount Sinai Health System не прекратит участие в деятельности этих платформ.
- 10. Изменение статуса вашего согласия.** Вы можете изменить статус своего согласия в любой момент, подписав другую форму согласия и выбрав другой вариант решения на странице 1 формы. Эту форму согласия можно получить у своего поставщика услуг или на веб-сайте Mount Sinai HIE на странице Protecting Patient Health Information («Защита медицинской информации пациентов»), <http://www.mountsinai.org/ms-connect/protecting-patient-health-information>. Заполнив форму, отдайте ее своему поставщику услуг, и он обновит нашу документацию соответствующим образом.

Примечание. Участники, имеющие доступ к вашей медицинской информации через эти платформы на протяжении срока действия вашего согласия, могут копировать или включать вашу информацию в свою собственную медицинскую документацию. Даже если вы позднее решите отозвать свое согласие, от них не будут требовать возврата информации или ее удаления из их документации.

Копия формы. Вы имеете право получить по запросу копию этой формы согласия после ее подписания.