



UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA CHRONIONYCH INFORMACJI ZDROWOTNYCH
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami): _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____ Miejscowość, stan, kod pocztowy: _____

Numer telefonu: _____ Numer ubezpieczenia społecznego (ostatnie 4 cyfry) XXX-XX-__ __ __ __

Niżej podpisany(-na) upoważnia i prosi:

Loyola University Medical Center

Gottlieb Memorial Hospital

MacNeal Hospital

Loyola Medicine Clinic (określić lokalizację) _____

Dyrektora ds. dokumentacji medycznej i jego przedstawiciela o ujawnienie i dostarczenie tych żądanych informacji wskazanej poniżej osobie/placówce. Istnieje możliwość dalszego udostępnienia tych informacji przez tę osobę/placówkę, a ujawnione informacje nie będą chronione na mocy stosownych przepisów federalnych/stanowych dotyczących wykorzystywania i udostępniania informacji zdrowotnych:

Imię i nazwisko osoby/nazwa placówki, której mają zostać przekazane informacje: _____

Adres (miejscowość / stan / kod pocztowy): _____

Numer telefonu: _____

Daty leczenia/usług, o których informacje mają zostać przekazane: _____

Cel przekazania tych informacji:

Ciągłość opieki Wykorzystanie osobiste Pełnomocnik / sprawa sądowa

Niepełnosprawność Ubezpieczenie Inne (określić): _____

INFORMACJE, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ UDOSTĘPNIONE: (zaznaczyć wszystkie właściwe)

Streszczenie (skrótowy wypis, raport z operacji, historia choroby i badanie przedmiotowe, opis badania obrazowego, wyniki badań laboratoryjnych oraz konsultacje, jeśli dotyczy)

Ogólna dokumentacja medyczna (informacje uwzględnione powyżej w streszczeniu oraz np. zalecenia, uwagi i złożona do tej pory dokumentacja zespołu interdyscyplinarnego)

Wyniki badań laboratoryjnych Dokumentacja ambulatoryjna Dokumentacja z SOR Raport z pracowni cewnikowania serca

Karta szczepień Raport z operacji Opis badania histopatologicznego Opis badania obrazowego

Klisze/obrazy cyfrowe oraz opis (do odbioru na oddziale radiologii) Preparaty/bloczki do badania histopatologicznego (do odbioru w zakładzie histopatologii)

Inne (określić): _____

MOJE ŚCIŚLE POUFNE INFORMACJE: *zaznaczając którekolwiek z pól obok kategorii ściśle poufnych informacji wymienionych poniżej, wyrażam konkretną zgodę na wykorzystywanie i/lub ujawnianie kategorii ściśle poufnych informacji wskazanej obok pola, jeśli takie informacje będą wykorzystywane lub ujawniane zgodnie z tym Upoważnieniem.*

Informacje psychiatryczne/zdrowie psychiczne, opóźnienie psychiczne lub zaburzenia rozwojowe (wymagany podpis rodzica/opiekuna w przypadku udostępniania informacji psychiatrycznych pacjentów w wieku 12–17 lat)

Wyniki badań w kierunku HIV i AIDS, rozpoznanie i leczenie (w tym fakt zlecenia testu w kierunku HIV, jego wykonania lub podania wyniku, niezależnie od tego, czy był on pozytywny czy negatywny)

Rozpoznanie / wyniki badań laboratoryjnych / leczenie chorób zakaźnych, w tym przenoszonych drogą płciową

Rozpoznanie/leczenie nadużywania lub uzależnienia od alkoholu / substancji psychoaktywnych

Wykorzystywanie/zaniedbywanie dzieci Przemoc domowa przez osobę dorosłą Molestowanie seksualne Badania genetyczne

Musi Pan/Pani potwierdzić, że zaznacza Pan/Pani te kategorie, składając tutaj swój podpis: _____

Niniejsze upoważnienie jest ważne do ____ / ____ / _____

Każda zgoda wyrażona w odniesieniu do dokumentacji dotyczącej uzależnień powinna zostać udzielona na okres nie dłuższy niż w uzasadniony sposób niezbędny do realizacji celu, w związku z którym została udzielona. Ma Pan/Pani prawo do wycofania niniejszego upoważnienia, jednakże wycofanie takie nie będzie dotyczyć wykorzystywania ani ujawniania Pana/Pani informacji opisanych we wskazanym powyżej powiadomieniu o praktykach dotyczących prywatności ani żadnego innego wykorzystywania bądź ujawniania dozwolonego na mocy przepisów federalnych lub stanowych. W przypadku wycofania nie będzie ono dotyczyć wszelkiego wcześniejszego wykorzystania informacji do daty wycofania upoważnienia.

Wiem, że mogę przeglądać lub kopiować chronione informacje zdrowotne, które mają być wykorzystywane lub ujawniane w związku z tym upoważnieniem w sposób dozwolony w stanowych przepisach dotyczących prywatności. Miałem(-am) możliwość przeczytania i zastanowienia się nad treścią tego upoważnienia i potwierdzam, że jego treść jest zgodna z moimi zamiarami względem Państwa. Rozumiem, że podpisując ten formularz, potwierdzam swoje upoważnienie na wykorzystywanie i udostępnianie przez Państwa mojej dokumentacji medycznej opisanej w tym formularzu osobie (osobom) i/lub organizacji (organizacjom) wymienionym w tym formularzu. Aby odwołać te informacje, należy zwrócić się w formie pisemnej do dyrektora ds. dokumentacji medycznej, Loyola University Health System, 2160 S. First Avenue, Maywood, Illinois 60153. Do korespondencji należy dołączyć kopię niniejszego upoważnienia.

Podpis pacjenta/przedstawiciela: _____ **Data:** _____

(ODWRÓCIĆ)



LOYOLA
MEDICINE

A Member of Trinity Health

Prosimy wskazać relację z pacjentem, jeśli pacjent nie może podpisać dokumentu lub ma Pan/Pani pełnomocnictwo do działania w imieniu pacjenta. Musi Pan/Pani przedstawić dowód potwierdzający relację z pacjentem lub pełnomocnictwo do działania w jego imieniu:

Jeśli pacjent nie może podpisać dokumentu, powinien zaznaczyć swoją zgodę symbolem „X” w obecności dwóch (2) świadków, którzy wpisują datę i składają podpisy poniżej:

Podpis świadka: _____ Data _____

Podpis świadka: _____ Data _____

UWAGA: NIE MOŻEMY UZALEŻNIAĆ LECZENIA OD PODPISANIA PRZEZ PANA/PANIĄ TEGO UPOWAŻNIENIA.

DOTYCZY WYŁĄCZNIE PEŁNOMOCNIKÓW:

Jeśli jest Pan/Pani pełnomocnikiem składającym to upoważnienie w związku z wezwaniem do sądu, żądaniem ujawnienia lub innym procesem prawnym, bez upoważnienia pacjenta lub nakazu sądowego, musi Pan/Pani dostarczyć odpowiednie zapewnienie potwierdzające, że pacjent został wystarczająco powiadomiony i miał możliwość wyrażenia sprzeciwu wobec ujawnienia informacji chronionych.

(PROSIMY ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE WŁAŚCIWE OPCJE)

ALBO:

- Podjął Pan / podjęła Pani starania w dobrej wierze (np. wysyłając powiadomienie na ostatni znany adres pacjenta), aby dostarczyć pisemne zawiadomienie osobie będącej przedmiotem tego upoważnienia, ORAZ
- Powiadomienie określa przedmiotową sprawę sądową w stopniu wystarczającym, aby umożliwić pacjentowi złożenie sprzeciwu, ORAZ
- Czas na złożenie sprzeciwu minął i nie złożono sprzeciwu, a jeśli taki sprzeciw został złożony, rozstrzygnięto go, umożliwiając ujawnienie.

ALBO:

- Zamiast powiadomienia dołożono uzasadnionych starań, aby zapewnić „kwalifikowany nakaz zabezpieczający”, ORAZ
- Strony wyraziły zgodę na kwalifikowany nakaz zabezpieczający oraz przedstawiły go przed sądem lub trybunałem administracyjnym, LUB
- Strona poszukująca informacji złożyła wniosek do sądu lub trybunału administracyjnego o wydanie kwalifikowanego nakazu zabezpieczającego.

Prosimy dołączyć pisemną dokumentację potwierdzającą przedstawicieli wymienionych powyżej w tym formularzu.

POŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Niniejszym potwierdzam, że pacjent lub przedstawiciel prawny pacjenta (rodzic lub opiekun) otrzymał wystarczające powiadomienie i możliwość złożenia sprzeciwu wobec ujawniania chronionych informacji zdrowotnych oraz że nie otrzymano sprzeciwu ani odpowiedzi. Potwierdzam także, że chronione informacje zdrowotne, które mają zostać ujawnione, są zgodne z „minimalnym niezbędnym standardem”, jak opisano w przepisach HIPAA dotyczących prywatności.

Podpis pełnomocnika: _____ Data: _____

Adres kancelarii: _____

Miejscowość / stan / kod pocztowy: _____ Numer telefonu: _____

Zakaz dalszego udostępniania (jeśli dotyczy)

Niniejsze informacje zostały Panu/Pani udostępnione z dokumentacji chronionej federalnymi przepisami dotyczącymi poufności (42 CFR część 2). Przepisy federalne zakazują Panu/Pani dalszego udostępniania tych informacji, o ile dalsze ujawnienie nie jest w sposób jednoznaczny dozwolone w pisemnej zgodzie osoby, której dotyczą te informacje, lub o ile nie jest to dozwolone w inny sposób w przepisach 42 CFR część 2. Ogólne upoważnienie do ujawniania informacji medycznych ani wszelkich innych informacji NIE jest wystarczające do tego celu. Przepisy federalne ograniczają wykorzystywanie informacji do dochodzeń w sprawach kryminalnych lub w celu oskarżenia pacjenta nadużywającego alkoholu lub substancji psychoaktywnych.

Wszelkie informacje dotyczące zdrowia psychicznego, nadużywania substancji psychoaktywnych, badań genetycznych, HIV/AIDS, chorób zakaźnych, wykorzystywania dzieci, przemocy domowej lub molestowania seksualnego ujawnione przez placówkę udostępniającą dane medyczne w związku z tym upoważnieniem nie mogą być dalej udostępniane.