

UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIEŃ / ZDOBYCIA / UZYSKANIA DOSTĘPU DO INFORMACJI

Imię i nazwisko pacjenta / klienta _____

Data urodzenia _____

Numer dokumentacji medycznej klienta _____

Niniejszym upoważniam Wheeler i jej personel do: (zaznaczyć jedną lub obie opcje)

- UJAWNIEŃIA** (podzielenia się/wysłania/umożliwienia dostępu) do informacji o mnie i do mojej dokumentacji medycznej/dokumentacji dot. świadczeń/szkolenia
- UZYSKANIA** (otrzymania/proszenia/ umożliwienia dostępu) do informacji o mnie i do mojej dokumentacji medycznej/ dokumentacji dot. świadczeń/szkolenia

KOMU/OD KOGO: Nazwa/nazwisko i adres strony trzeciej lub osoby fizycznej:

Nazwisko: _____ Telefon: _____

Ulica: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Zdobyte/ujawnione/udostępnione informacje mogą obejmować otrzymywane przeze mnie świadczenia, leczenie i/lub dane szkoleniowe związane z moją diagnozą lub leczeniem moich zaburzeń psychicznych, zaburzeń związanych z używaniem środków odurzających, problemów zdrowotnych/dentystycznych, informacje związane z moimi danymi genetycznymi lub wirusem HIV. Informacje te mogą być zdobyte/ujawnione ustnie, pisemnie lub elektronicznie.

CELEM ujawnienia tych danych jest (są):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planowanie leczenia, informacje, koordynacja | <input type="checkbox"/> Orzekanie lub ponowne orzekanie o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Inne (określić): _____ |
| <input type="checkbox"/> Plany związane z wypisaniem i udzielaniem skierowań | <input type="checkbox"/> Planowanie szkolenia/IEP | |
| <input type="checkbox"/> Sprawy sądowe lub prawnicze | <input type="checkbox"/> Na prośbę osoby fizycznej (nie wymagane jest określenie celu) | |

Do rodzaju i zakresu informacji, które można uzyskać/ujawnić zalicza się **całą dokumentację medyczną/wszystkie dane**, chyba że ustalono to inaczej poniżej:

Rozumiem, że:

- Informacje ujawnione dzięki temu upoważnieniu mogą w ramach obowiązującego prawa podlegać dalszemu ujawnieniu przez stronę, która je otrzyma i mogą w związku z tym nie być chronione przez federalne przepisy dotyczące prywatności danych.
- Mogę w każdej chwili odwołać na piśmie to upoważnienie, kontaktując się z Głównym Działem Dokumentacji Medycznej Kliniki (Wheeler Central Records Unit) pod numerem (860) 793-3843, aczkolwiek może ono nie objąć działań już podjętych przez Wheeler lub organizację, która uzyskała moje dane przed otrzymaniem mojego pisemnego odwołania/ograniczenia upoważnienia.
- Mogę otrzymać do wglądu kopię informacji, które będą użyte lub ujawnione w ramach mojego upoważnienia.
- Mam prawo odmówić podpisania tego formularza i moja odmowa podpisania tego upoważnienia nie będzie zagrożeniem dla mojego prawa do leczenia teraz czy w przyszłości.
- Do poufnych informacji związanych z wirusem HIV, które mogą zostać ujawnione zalicza się to, czy klient otrzymał poradę dotyczącą HIV, czy był przebadany pod kątem HIV lub czy ma wirusa HIV, chorobę związaną z wirusem HIV lub AIDS, a także może zawierać informacje, które mogą zidentyfikować lub doprowadzić do uzasadnionej identyfikacji klienta, jako osoby cierpiącej na jedno lub więcej z tych schorzeń, łącznie z informacjami o współmałżonku/ce klienta, partnerze/partnerce seksualnej lub osobie, z którą klient dzieli się igłami lub strzykawkami.
- Jeśli pacjent/klient ma poniżej 18 lat, to każde ujawnienie dokumentacji związanej z używaniem narkotyków lub alkoholu, dokumentacji dotyczącej ambulatoryjnego leczenia w przychodni zdrowia psychicznego uzyskanej z pozwoleniem niepełnoletniego wg. 19a-14c i/lub informacji związanych z HIV-AIDS wymaga, aby niepełnoletni pacjent/klient złożył poniżej swój podpis.**

Upoważnienie to wygaśnie (data) _____ lub **6 miesięcy od daty złożenia podpisu**, jeśli nie będzie podana konkretna data.

Złożony przeze mnie poniżej podpis, potwierdza moje zrozumienie tego upoważnienia i jest poświadczeniem tego, że jestem pacjentem/klientem lub prawnie upoważnionym przedstawicielem czy opiekunem pacjenta/klienta, którego informacje zdrowotne mają być uzyskane lub ujawnione.

Podpis pacjenta/klienta _____

Data _____

Numer telefonu podpisującego _____

Podpis rodzica/opiekuna _____

Data _____

Jeśli druk podpisuje ktoś inny niż pacjent/klient, napisać nazwisko pismem drukowanym _____ oraz zaznaczyć poniżej stopień pokrewieństwa:

- Rodzic Opiekun Opiekun prawny Pełnomocnik Inny _____

UWAGI

Informacje związane z HIV/AIDS

W przypadku, w którym wypuszczane dane są poufnymi danymi dotyczącymi zakażenia wirusem HIV, chronionymi przez prawo stanu Connecticut: Niniejsze informacje zostały ujawnione z akt, których poufność chroniona jest przez prawo stanowe. Prawo stanowe zabrania dalszych ujawnień tych danych bez specyficznej pisemnej zgody osoby, której dotyczą, lub w inny przewidziany przez to prawo sposób. Ogólne upoważnienie do ujawnienia medycznych czy innych informacji jest w tym celu NIEWYSTARCZAJĄCE.

Dokumentacja psychiatryczna lub dokumentacja i informacje dot. opieki społecznej

W przypadku, gdy ujawniane informacje stanowią poufne informacje pomiędzy psychiatrą a pacjentem, psychologiem a pacjentem lub pracownikiem opieki społecznej a pacjentem:

Rozdział 899 Ogólnych Ustaw stanu Connecticut wymaga, by dokumentacja ta była traktowana jako poufna. Materiałów tych nie można przekazywać nikomu bez pisemnej zgody lub innego i upoważnienia przewidzianego przez wyżej wymienione ustawy.

Dokumentacja dotycząca nadużywania narkotyków i alkoholu

W przypadku, gdy ujawniane informacje chronione są przez federalne przepisy dotyczące Poufności Dokumentacji dotyczącej Nadużywania Narkotyków i Alkoholu:

Informacje te zostały ujawnione z dokumentacji chronionych przez przepisy federalne (42 C.F.R. Część 2). Przepisy federalne zakazują dokonywania dalszych ujawnień, chyba że będzie na to wyrażona wyraźna pisemna zgoda osoby, której one dotyczą, lub jeśli w inny sposób pozwoli na to 42 C.F.R. Część 2. Ogólne upoważnienie do ujawnienia medycznych czy innych informacji jest w tym celu NIEWYSTARCZAJĄCE. Przepisy federalne ograniczają jakiegokolwiek wykorzystywanie tych informacji do prowadzenia dochodzenia karnego lub sądowego ścigania pacjenta, który nadużywał alkoholu lub narkotyków.