

טופס נציג אישי של HIPAA

מידע על מטופל – אנה הדפיסו Patient Information – Please Print

שם המטופל: _____ תאריך לידה: _____
Patient Name Date of Birth

כתובת: _____ עיר/מדינה/מיקוד: _____
Address City/State/Zip Code

טלפון # הנגיש ביותר בקלות: _____
Telephone # most easily reached

אני מאשר בזאת את האדם המוזכר להלן לשמש כנציג האישי בנוגע למידע בריאותי מוגן (Protected Health Information, PHI) שלי. זה כולל את הסמכות לגישה, לקבל ולדון ברשומות הרפואיות והמידע הבריאותי שלי. אני גם מודע לכך שיייתכן שאגביל את הגישה לרשומות שלי אם אציין למטה.

מידע על נציג חוק ניידות וביטוח אחריות בתחום הבריאות (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) אנה הדפיסו - HIPAA Representative Information - Please Print

שם המטופל: _____ תאריך לידה: _____
Patient Name Date of Birth

כתובת: _____ עיר/מדינה/מיקוד: _____
Address City/State/Zip Code

טלפון # הנגיש ביותר בקלות: _____
Telephone # most easily reached

הקשר עם המטופל: _____
Relationship to Patient

אני מעניק לנציג HIPAA הנזכר לעיל גישה ל:

I grant to the HIPAA Representative named above access to

גישה מלאה לכל הרשומות הרפואיות והמידע הבריאותי – שימו לב שתיבה נפרדת למטה נדרשת גם לגישה ל-נגיף הכשל החיסוני האנושי (Human Immunodeficiency Virus, HIV), פסיכיאטריה ושימוש בחומרים. Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

אחר - מגבלות או אירוע רפואי ספציפי: _____
Other - Specify limits or specific health care incident

על ידי בדיקת הקטגוריות המתאימות וחתימה למטה, אני (המטופל) מעניק לנציג HIPAA שלי גישה למידע בריאותי נוסף.

אני מבין שמידע בתיק הרפואי שלי עשוי לכלול מידע הקשור ל-HIV ו/או מידע הנוגע לאבחון או טיפול במוגבלויות פסיכיאטריות ו/או שימוש בסמים, ושבתמימה על תיבה זו, אני מאשר במפורש לנציג HIPAA גישה למידע הנוגע ל: **(עליר להחתימה על כל תחום)** שתוצאה שנציג HIPAA יקבל גישה אליו)

_____ מידע על שימוש באלכוהול, סמים או חומרים
Alcohol, drug, or substance abuse information

_____ איידס, מידע הקשור ל-HIV (כולל בדיקות HIV (ותוצאות הקשורות לאיידס)
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

_____ בריאות הנפש
Mental Health

_____ מידע על מחלות מין
Sexually Transmitted Disease information

_____ מידע גנטי
Genetic information

_____ מידע מחקרי
Research Information

סודיות הרשומה נדרשת לפי חוקי מדינת ניו יורק וחוק פדרלי. חומר זה לא יועבר לאף אחד ללא הסכמה או אישור בכתב.

חתימת המטופל לקופסה זו: _____ תאריך: _____
Signature of Patient for this box Date

סודיות הרשומה נדרשת לפי חוקי מדינת ניו יורק וחוק פדרלי. חומר זה לא יועבר לאף אחד ללא הסכמה או אישור בכתב.

1. אני מבין שאני יכול לבטל את מינוי נציג HIPAA בכל עת על ידי הודעה למחלקת ניהול מידע הבריאות בכתובת הבאה: **Health Information Management :Attention Brooklyn, NY 11229 2525 Kings Highway -1F Department**

בכתב; עם זאת, אם אבטל את ההרשאה, לא תהיה לכך כל השפעה על כל פעולה שננקטה Maimonides Midwood Community Hospital לפני קבלת הביטול.

2. אני מבין שהטיפול או התשלום שלי על הטיפול אינם יכולים להיות מותנים בשאלה האם אני חותם על האישור הזה או לא.

3. אני מבין שמידע שנחשף בהתאם לטופס זה עשוי להיחשף מחדש על ידי הנמען ואינו מוגן עוד על ידי HIPAA.

4. אני מבין שאישור זה יישאר בתוקף עד: (חייב לבדוק אחד)

בוטל בכתב על ידי המטופל
Revoked in writing by the patient

בתאריך הבא: _____
On the following date

חתימת המטופל: _____ תאריך: _____
Signature of Patient Date

חתימת נציג HIPAA: _____ תאריך: _____
Signature of HIPAA Representative Date

(הטופס לא יהיה תקף אלא אם כל המקומות המתאימים ימלאו)
*אתה יכול לסרב לחתום על הטופס הזה