

## Formularz dot. Osobistego Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA

### Dane pacjenta – drukowanymi literami

Patient Information – Please Print

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_  
Patient Name

Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Date of Birth

Adres: \_\_\_\_\_  
Address

Miasto / stan / kod pocztowy: \_\_\_\_\_  
City/State/Zip Code

Najbardziej dostępny numer telefonu: \_\_\_\_\_  
Telephone # most easily reached

Niniejszym upoważniam osobę wymienioną poniżej do działania jako mój osobisty przedstawiciel w odniesieniu do moich chronionych informacji zdrowotnych (Protected Health Information, PHI). Obejmuje to uprawnienia do dostępu, odbierania i omawiania mojej dokumentacji medycznej oraz informacji zdrowotnych. Wiem też, że mogę ograniczyć dostęp do mojej dokumentacji w sposób określony poniżej

### Dane Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA – drukowanymi literami

HIPAA Representative Information - Please Print

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_  
Patient Name

Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Date of Birth

Adres: \_\_\_\_\_  
Address

Miasto / stan / kod pocztowy: \_\_\_\_\_  
City/State/Zip Code

Najbardziej dostępny numer telefonu: \_\_\_\_\_  
Telephone # most easily reached

Relacja z pacjentem: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

### Udzielam Przedstawicielowi z mocy ustawy HIPAA wymienionemu powyżej:

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

**Pełnego dostępu do całej dokumentacji medycznej i informacji zdrowotnych** – uwaga: osobne pole poniżej jest również wymagane w odniesieniu do dostępu do informacji na temat statusu zakażenia wirusem HIV, leczenia psychiatrycznego i uzależnień.

**Full access to all medical records and health information** – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

**Inne** – Należy określić ograniczenia lub konkretne incydenty zdrowotne: \_\_\_\_\_  
**Other** - Specify limits or specific health care incident

Zaznaczając odpowiednie kategorie i składając swój podpis poniżej, ja (pacjent) udzielam mojemu Przedstawicielowi z mocy ustawy HIPAA dostępu do dodatkowych informacji zdrowotnych.

Rozumiem, że informacje zawarte w mojej dokumentacji medycznej mogą zawierać informacje związane ze statusem zakażenia wirusem HIV i/lub informacje dotyczące diagnozy lub leczenia schorzeń psychiatrycznych i/lub uzależnień, a składając podpis w tym polu, wyraźnie upoważniam mojego Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA do dostępu do informacji dotyczących: (należy **zaparafować każdy obszar**, do którego Przedstawiciel z mocy ustawy HIPAA ma mieć dostęp)

\_\_\_\_\_ Informacje o spożywaniu alkoholu, narkotyków lub uzależnieniach  
Alcohol, drug, or substance abuse information

\_\_\_\_\_ Informacje związane z AIDS, zakażeniem wirusem HIV (w tym testy i wyniki związane z AIDS)  
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

\_\_\_\_\_ Informacje o zdrowiu psychicznym  
Mental Health

\_\_\_\_\_ Informacje o chorobach przenoszonych drogą płciową  
Sexually Transmitted Disease information

\_\_\_\_\_ Informacje genetyczne  
Genetic information

\_\_\_\_\_ Informacje badawcze  
Research Information

Poufność niniejszego dokumentu jest wymagana na mocy prawa stanu Nowy Jork oraz prawa federalnego. Niniejszy dokument nie może być przekazywany nikomu bez pisemnej zgody lub upoważnienia.

Podpis Pacjenta: \_\_\_\_\_  
Signature of Patient for this box

Data: \_\_\_\_\_  
Date

Poufność niniejszego dokumentu jest wymagana na mocy prawa stanu Nowy Jork oraz prawa federalnego. Niniejszy dokument nie może być przekazywany nikomu bez pisemnej zgody lub upoważnienia.

1. Rozumiem, że mogę w każdej chwili wycofać wyznaczenie Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA, powiadamiając Departament Zarządzania Informacjami Zdrowotnymi (Health Information Management Department) pod następującym adresem: **2525 Kings Highway, 1F Attn: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11229** na piśmie; jednak cofnięcie niniejszego upoważnienia nie będzie miało wpływu na działania Maimonides Midwood Community Hospital podjęte przed otrzymaniem takiego uchylecia.

2. Rozumiem, że moje leczenie lub jego koszty nie mogą być uzależnione od tego, czy podpiszę to Upoważnienie.

3. Rozumiem, że informacje ujawnione na podstawie tego formularza mogą zostać dalej ujawnione przez odbiorcę i nie będą już chronione na mocy ustawy HIPAA.

4. Rozumiem, że niniejsze Upoważnienie pozostanie w mocy do: (Zaznaczyć jedną opcję)

Odwołania na piśmie przez pacjenta  
Revoked in writing by the patient

Następującej daty: \_\_\_\_\_  
On the following date

Podpis Pacjenta: \_\_\_\_\_  
Signature of Patient

Data: \_\_\_\_\_  
Date

Podpis Przedstawiciela z mocy ustawy HIPAA: \_\_\_\_\_  
Signature of HIPAA Representative

日期: \_\_\_\_\_  
Date

(Formularz będzie ważny po wypełnieniu wszystkich odpowiednich luk)

\* MOŻNA ODMÓWIĆ PODPISANIA TEGO FORMULARZA