

**WYMIANA INFORMACJI DOTYCZ CYCH ZDROWIA, FORMULARZ ZGODY CARE
EVERYWHERE ORAZ HEALTHIX
HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE
AND HEALTHIX CONSENT FORM**

W niniejszym formularzu zgody istnieje możliwość wybrania, czy lekarze wymienieni na stronie internetowej wymiany informacji dotyczących zdrowia systemu opieki zdrowotnej NYU Langone (NYU Langone Health System Health Information Exchange, „HIE”) <http://health-connect.med.nyu.edu/> („uczestnicy HIE”) oraz lekarze niebędący pracownikami NYU Langone, którzy mogą wnioskować o dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta w celu zapewnienia ciągłości

PROSIMY UWA NIE PRZECZYTA INFORMACJE W NINIEJSZEJ KARCIE INFORMACYJNEJ PRZED PODJ CIEM DECYZJI. Opcje dotycz ce zgody. Formularz mo na wypełni teraz lub w pó niejszym czasie. Pacjent mo e podj poni szy wybór:
PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION. Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Prosimy zaznaczy jedno z poni szych pól:

Please check one box below:

1. **UDZIELAM ZGODY** WSZYSTKIM uczestnikom HIE **wymienionym na stronie HIE oraz** lekarzom Care Everywhere na dost p do WSZYSTKICH informacji dotycz cych zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HIE oraz **UDZIELAM ZGODY** WSZYSTKIM pracownikom, przedstawicielom i członkom personelu medycznego systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów na dost p do WSZYSTKICH informacji dotycz cych zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HEALTHIX w odniesieniu do dowolnego z dozwolonych celów opisanych w karcie informacyjnej, włą czaj c wiadczenie dowolnych usług opieki zdrowotnej oraz opiek w sytuacji nagłej.
1. **I GIVE CONSENT** to ALL of the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and **I GIVE CONSENT** to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.
2. **NIE UDZIELAM ZGODY** uczestnikom HIE **wymienionym na stronie HIE oraz** lekarzom Care Everywhere na dost p do informacji dotycz cych zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HIE oraz **NIE UDZIELAM ZGODY** pracownikom, przedstawicielom i członkom personelu medycznego systemu opieki zdrowotnej NYU Langone oraz stowarzyszonych podmiotów na dost p do informacji dotycz cych zdrowia w wersji elektronicznej na mój temat poprzez HEALTHIX w odniesieniu do dowolnego z celów,
2. **I DENY CONSENT** to the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and **I DENY CONSENT** to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, *even in a medical emergency*.

UWAGA! POD WARUNKIEM NIEZAZNACZENIA POLA „ODMAWIAM ZGODY” prawo stanu Nowy Jork umo liwia osobom udzielaj cym pomocy w sytuacji nagłej na uzyskanie dost pu do dokumentacji medycznej pacjenta, włą czaj c dokumentacj dost pn poprzez HIE i HEALTHIX. W PRZYPADKU BRAKU DECYZJI dokumentacja nie b dzie udost pniana poza sytuacjami nagłymi, dozwolonymi przez prawo stanu Nowy Jork.

NOTE: UNLESS YOU CHECK THE “I DENY CONSENT” BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

Imi i nazwisko pacjenta drukowanym

- 3. Źródła informacji dotyczących zdrowia pacjenta.** Informacje na temat pacjenta pochodzą z placówek, które świadczą opiekę medyczną lub ubezpieczenie zdrowotne („źródła informacji”). Mogą one obejmować szpitale, lekarzy, apteki, laboratoria kliniczne, firmy ubezpieczeniowe, program Medicaid i inne organizacje zdrowotne, które dokonują elektronicznej wymiany informacji dotyczących zdrowia. Kompletna lista źródeł informacji HIE jest dostępna w systemie opieki zdrowotnej NYU Langone oraz u odpowiednich lekarzy uczestniczących w HIE. Zaktualizowaną listę źródeł informacji można uzyskać w dowolnym momencie na stronie internetowej HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Istnieje możliwość skontaktowania się z dyrektorem ds. prywatności systemu opieki zdrowotnej NYU Langone, pisząc na adres: NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 lub dzwoniąc pod numer 212-404-4079. Kompletna lista źródeł informacji Healthix jest dostępna u Healthix i można ją uzyskać w dowolnym momencie na stronie internetowej Healthix <http://www.healthix.org> lub poprzez kontakt telefoniczny z Healthix pod nr 877-695-4749.
- 4. Osoby, które mogą uzyskać dostęp do informacji na temat pacjenta pod warunkiem wyrażenia przez niego zgody.**

