



## AUTORIZIM PËR LIRIM TË INFORMACIONIT SHËNDETËSOR NË PAJTIM ME HIPPA

[Ky formular është aprovuar prej Departamentit të Shëndetësisë të Shtetit të Nju Jorkut]

Emri i pacientit	Data e lindjes	Numri i sigurimit social
Adresa e pacientit		

Unë, ose përfaqësuesi im i autorizuar, kërkoj që informatat shëndetësore lidhur me kujdesin dhe trajtimin tim të lirohen ashtu siç është përcaktuar në këtë formular:

Në përputhje me Ligjin e Shtetit të Nju Jorkut dhe Rregulloren e Privatësisë së Aktit të vitit 1996 (HIPAA) për Lëvizshmëri dhe Përgjegjshmëri të Sigurimeve Shëndetësore, kuptoj se:

1. Ky autorizim mund të përfshinë zbulimin e informacioneve lidhur me **ALKOOL** dhe **ABUZIM ME DROGË, TRAJTIM PËR SHËNDET MENDORË**, përveç shënimeve të marra gjatë psikoterapisë, dhe **INFORMACIONEVE KONFIDENCIALE PËR HIV\*** vetëm nëse unë i vendos inicialet e mia në linjën adekuate në Pikën 9(a). Në rast se informacioni shëndetësor i përshkruar më poshtë përfshin ndonjë nga këto lloje informacioni dhe unë i shkruaj inicialet e mia në linjën e kutisë së pikës 9(a), unë në mënyrë specifike autorizoj lirin e këtij informacioni personit/personave të shënuar në Pikën 8.
2. Nëse unë autorizoj lirin e informacioneve për trajtim lidhur me HIV, alkool ose drogë, ose trajtim të shëndetit mendorë, marrësit i ndalohe shpërndarja e këtij informacioni pa autorizimin tim, përveç nëse kjo lejohet sipas ligjit federal ose atij shtetëror. Unë e kuptoj se kam të drejtë të kërkoj një listë të njerëzve të cilët pa autorizim mund të marrin ose përdorin informacionin tim lidhur me HIV. Nëse unë përjetoj diskriminim për shkak të lirit ose zbulimit të informacionit lidhur me HIV, mund të kontaktoj Divizionin e Shtetit të Nju Jorkut për të Drejtat e Njeriut në (212) 480-2493 ose Komisionin e Nju Jorkut për të Drejtat e Njeriut në (212) 306-7450. Këto agjenci janë përgjegjëse për mbrojtjen e të drejtave të mia.
3. Unë kam të drejtë ta revokoj këtë autorizim në çdo kohë duke i shkruar ofruesit të kujdesit shëndetësor të shënuar më poshtë. Unë e kuptoj që mund ta revokoj këtë autorizim, përveç në atë masë kur veprimi tashmë është marrë në bazë të këtij autorizimi.
4. Unë e kuptoj se nënshkrimi i këtij autorizimi është vullnetar. Trajtimi, pagesa, regjistrimi në plan shëndetësor, apo kualifikimi për përfitime nuk do të kushtëzohen me autorizimin tim për këtë zbulim.
5. Informacioni i zbuluar sipas këtij autorizimi mund të shpërndahet nga marrësi (përveç siç është theksuar më lart në Pikën 2) dhe kjo shpërndarje mund të mos jetë e mbrojtur me ligjin federal ose atë shtetëror.
6. **KY AUTORIZIMI NUK JU AUTORIZON TË DISKUTONI INFORMACIONIN PËR SHËNDETIN TIM OSE KUJDESIN SHËNDETËSOR ME KËDO TJETËR POS AVOKATIT OSE AGJENCISË QEVERTARE TË SPECIFIKUAR NË PIKËN 9 (b).**

7. Emri dhe adresa e ofruesit të shërbimeve shëndetësore ose subjektit për lirin e këtij informacioni:

8. Emri dhe adresa e personit/personave ose kategorisë së personit të cilit do t'i dërgohet ky informacion:

9(a). Informacioni specifik që do të lëshohet:

- Regjistri mjekësor prej (shënoni datën) \_\_\_\_\_ deri (shënoni datën) \_\_\_\_\_
- Të gjitha të dhënat mjekësore, përfshirë historinë e pacientit, shënimet e zyrës (përveç shënimeve të psikoterapisë), rezultatet e testimit, studimet e radiologjisë, video xhirimet, referimet, konsultimet, faturat, të dhënat e sigurimeve dhe të dhënat që ju janë dërguar nga ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor.
- Tjetër: \_\_\_\_\_

Përfshijë: (Shëno duke shkruar inicialet)

\_\_\_\_\_ **Trajtimi për alkool/drogë**

\_\_\_\_\_ **Informacion për shëndetin mendorë**

\_\_\_\_\_ **Informacion në lidhje me HIV**

**Autorizim për diskutim të informacionit shëndetësor**

(b).  Duke vendosur inicialet këtu \_\_\_\_\_ unë autorizoj \_\_\_\_\_

Inicialet

Emri i ofruesit të kujdesit shëndetësor individual

që të diskuton informacionin tim shëndetësor me avokatin tim, ose me agjencinë qeveritare të shënuar këtu:

\_\_\_\_\_  
(Avokati/Emri Firmës ose Emri i Agjencisë Qeveritare)

10. Arsyja për lirim të informacionit:

- Me kërkesë të individit
- Tjetër:

11. Data ose ngjarja në të cilën do të skadojë ky autorizim:

12. Nëse jo pacienti, emri i personit që nënshkruan formularin:

13. Autoriteti për të nënshkruar në emër të pacientit:

Të gjitha pikat në këtë formular janë plotësuar dhe pyetjet e mia në lidhje me këtë formular janë përgjigjur. Përveç kësaj, më është dhënë një kopje e formularit.

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

Nënshkrimi i pacientit ose përfaqësuesit të autorizuar me ligj.

\* **Virusi i Mungesës së Imunitetit të Njeriut që shkakton SIDA. Ligji i Shëndetit Publik i Shtetit të Nju Jorkut mbron informacionin që në mënyrë të arsyeshme mund të identifikojë dikë që ka simptoma ose infeksion me HIV dhe informacion në lidhje me kontaktet e një personi.**

Udhëzime për përdorim të formularit në përputhje me HIPAA  
për autorizim për lirim të informacionit shëndetësor të  
nevojshëm për çështje gjyqësore

Kjo formë është produkt i një procesi bashkëpunues ndërmjet Zyrës Shtetërore të Administratës së Gjykatës së Nju Jorkut, përfaqësuesve të komunitetit të ofruesve mjekësorë në Nju Jork, si dhe të gjithë gjykatësit dhe avokatët, i dizajnuar për të prodhuar një formular standard zyrtar që është në përputhje me kërkesat e privatësisë të Aktit Federal për Lëvizshmëri dhe Përgjegjshmëri të Sigurimeve Shëndetësore (“HIPAA”) dhe rregulloreve zbatuese të saj, që do të përdoren për të autorizuar lirimin e informacionit shëndetësor të nevojshëm për proceset gjyqësore në gjykatat e shtetit të Nju Jorkut. Megjithatë, mund të përdoret më gjerësisht se kjo dhe të përdoret para fillimit të procesit gjyqësor, ose kurdoherë që këshilli do ta konsideron si të dobishme.

Qëllimi ishte të krijohet një formular standard zyrtar në përputhje me HIPAA për të shmangur mosmarrëveshjet aktuale që shpesh ndodhin në lidhje me atë nëse kërkesat për informacionin shëndetësor të bëra gjatë rrjedhës së procesit gjyqësor përmbushin kërkesat e Rregullores së Privatësisë së HIPAA. Duhet të theksohet, megjithatë, se formulari është fakultativ. Ky formular mund të plotësohet në linjë dhe të shkarkohet për t'u nënshkruar me dorë, ose të shkarkohet dhe plotësohet tërësisht në letër.

Kur plotësohet Pika 11, e cila kërkon datën ose ngjarjen kur autorizimi skadon, personi që plotëson formularin mund të caktojë një ngjarje të tillë si "në përfundim të rastit tim gjyqësor" ose të jap një datë specifike me kohëzgjatje, si p.sh. "3 vjet nga kjo datë".

Nëse pacienti dëshiron të autorizojë lirimin e të gjitha të dhënave të tij ose të saj mjekësore, por vetëm nga një datë e caktuar, duhet të shënohen të dy kutitë e para në seksionin 9(a), dhe datën përkatëse të shënuar në rreshtin e parë që përmban kutinë e parë.