

UPOWAŻNIENIE WTC HIPAA



Upoważnienie ochotnika World Trade Center w myśl Ustawy o przenośności i ochronie danych w ubezpieczeniach zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Imię i nazwisko pacjenta (tylko atramentem – najlepiej długopisem) _____ Data urodzenia (MM/DD/RRRR) _____ Nr ubezpieczenia socjalnego _____

Adres do doręczeń

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Ten formularz upoważnienia umożliwia Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych oraz Organizacji Zdrowia World Trade Center otrzymywanie kopii dokumentacji medycznej zawierającej chronione informacje zdrowotne na potrzeby koordynacji świadczeń na rzecz pacjenta, ochotnika World Trade Center. Formularz ten nie zezwala świadczeniodawcy(-om) usług zdrowotnych na omawianie informacji dotyczących opieki zdrowotnej pacjenta z innymi.

Niniejsze upoważnienie jest dobrowolne. Niezależnie od tego, czy pacjent podpisze ten formularz, świadczeniodawca usług zdrowotnych ma obowiązek zapewnienia pacjentowi takiego samego poziomu opieki, warunków płatności i świadczeń. Pacjent ma prawo do otrzymania kopii tego upoważnienia.

Niniejsze upoważnienie wygaśnie po zakończeniu koordynacji świadczeń na rzecz pacjenta, ochotnika WTC.

Pacjent ma prawo do wycofania niniejszego upoważnienia na piśmie w dowolnym momencie, jednak wycofanie może nie być wiążące, jeżeli upoważniona osoba lub jednostka podjęta już czynności na podstawie niniejszego upoważnienia. Aby wycofać niniejsze upoważnienie, należy wysłać pismo do świadczeniodawcy(-ów) usług zdrowotnych wymienionych na niniejszym formularzu. Należy również wysłać kopię tego pisma Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych.

Ujawnione informacje mogą zostać ponownie ujawnione przez osoby, które je otrzymały (z wyłączeniem informacji podanych poniżej a dotyczących leczenia z uzależnienia od alkoholu/środków odurzających, HIV/AIDS, leczenia z zakresu zdrowia psychicznego oraz notatek z sesji psychoterapii) i nie będą chronione z mocy przepisów o ochronie danych HIPAA.

Niniejszy formularz upoważnienia nie zezwala na udostępnianie informacji dotyczących leczenia z uzależnienia od alkoholu/środków odurzających, HIV/AIDS, leczenia z zakresu zdrowia psychicznego oraz notatek z sesji psychoterapii, chyba że pacjent wskaże inaczej poniżej. Zaznaczyć, jakie informacje można udostępnić:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leczenie z uzależnienia od alkoholu/środków odurzających | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Leczenie z zakresu zdrowia psychicznego | <input type="checkbox"/> Notatki z sesji psychoterapii |

Świadczeniodawcy usług zdrowotnych, którzy udostępniają dokumentację medyczną, muszą przestrzegać przepisów prawa stanu Nowy Jork i HIPAA. Kopia niniejszego upoważnienia, stosownie do przepisów HIPAA, umożliwia świadczeniodawcy usług zdrowotnych ujawnienie dokumentacji zawierającej informacje zdrowotne pacjenta dotyczące aktualnego stanu chorobowego, stanowiące podstawę roszczenia w odniesieniu do świadczeń przysługujących pacjentowi jako ochotnikowi World Trade Center.

Nazwa Świadczeniodawcy Usług Zdrowotnych

Numer telefonu

Adres do doręczeń

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Nazwa Świadczeniodawcy Usług Zdrowotnych (jeżeli dotyczy)

Numer telefonu

Adres do doręczeń

Miejscowość

Stan

Kod pocztowy

Niniejszym upoważniam ww. świadczeniodawcę(-ów) usług zdrowotnych do udostępnienia kopii mojej dokumentacji medycznej (wyłącznie) Komisji ds. Odszkodowań Pracowniczych, Organizacji Zdrowia World Trade Center oraz Funduszowi Odszkodowań na Rzecz Ofiar 11 Września na potrzeby koordynacji moich świadczeń.

Podpis Pacjenta

Data (MM/DD/RRRR)

Imię i nazwisko drukiem

Jeżeli pacjent nie jest w stanie złożyć podpisu, osoba podpisująca w imieniu pacjenta powinna wypełnić i podpisać poniższą część.

Imię i nazwisko

Podpis

Stosunek do pacjenta

Data (MM/DD/RRRR)