Mercy Medical Center
1325 N. Highland Avenue, Aurora, IL 60506
Phone: (630) 801-5744 Fax: (630) 906-3728

UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIENIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

INSTRUKCJA: Udzielasz niniejszego upoważnienia w celu ujawnienia informacji o Twoim zdrowiu, o czym mowa poniżej. Prosimy o wypełnienie każdej części. Jeśli któraś część NIE zostanie wypełniona, może nastąpić opóźnienie w ujawnieniu informacji o Twoim zdrowiu.

CZĘŚĆ 1 – Dane pacjenta

Pełne nazwisko pacjenta – imię, drugie imię, nazwisko:		Data urodzenia: Miesiąc _____ Dzień _____ Rok _____	
Adres pacjenta – ulica/nr mieszkania/nr lokalu:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Numer telefonu:	Numer faksu:	**Numer ubezpieczenia społecznego** (ostatnie cztery cyfry) **XXX-XX-** _ _ _ _	**TYLKO DLA UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO:** Numer kartoteki pacjenta/numer dokumentacji

CZĘŚĆ 2 – Udostępnianie informacji o zdrowiu

Udzielam upoważnienia _____ **na** ☐ **Ujawnienie informacji** ☐ **Uzyskanie informacji** ☐ **Ujawnienie i uzyskanie informacji**
(nazwa podmiotu)

Informacje zostaną ujawnione na rzecz:

Nazwa placówki/podmiotu lub imię i nazwisko osoby:			
Nazwa ulicy i numer/nr mieszkania/nr lokalu:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Numer telefonu:	Numer faksu:		

Informacje zostaną uzyskane od:

Nazwa placówki/podmiotu lub imię i nazwisko osoby:			
Nazwa ulicy i numer/nr mieszkania/nr lokalu:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Numer telefonu:	**Wyłącznie w przypadku pacjentów będących pod opieką bezpośrednią** – Numer faksu:		

CZĘŚĆ 3 – Powód ujawnienia informacji

☐ Wymóg prawny ☐ Szkoła ☐ Dalsza opieka/leczenie ☐ Przeniesienie/ulokowanie
☐ Ubezpieczenie ☐ Użytek prywatny ☐ Inne (określić) _____

CZĘŚĆ 4 – Forma udostępnienia informacji

☐ Papier ☐ Nośnik elektroniczny ☐ Ustne ujawnienie informacji (wyłącznie w przypadku problemów behawioralnych)

CZĘŚĆ 5 – Sposób odbioru

☐ Pocztą ☐ Osobiście ☐ Fax ☐ Zabezpieczona wiadomość e-mail (adres e-mail) _____ ☐ Ustne ujawnienie informacji (wyłącznie w przypadku problemów behawioralnych)

CZĘŚĆ 6 – Daty leczenia

Daty leczenia, które mają być ujawnione (tj. konkretne daty, np. 1/25/15, lub okres czasowy, np. styczeń-lipiec 2017): _____

_____

CZĘŚĆ 7 – Dane medyczne/informacje o operacjach, które mają być ujawnione – Wybierz wszystkie mające zastosowanie opcje

☐ Wypis z karty (wywiad i badanie fizykalne, wypis z oddziału ratunkowego, raport z badań laboratoryjnych, radiologii, operacji, histopatologii, konsultacji, karta wypisowa i inne badania diagnostyczne).

☐ Raport z udzielenia pomocy w sytuacji nagłej
☐ Wywiad i badania fizykalne
☐ Konsultacje
☐ Informacje o postępach
☐ Raport z operacji/zabiegu
☐ Wyniki badań laboratoryjnych
☐ Wyniki badań histopatologicznych
☐ Raporty radiologiczne
☐ Klisze radiologiczne/zdjęcia cyfrowe
☐ EKG/próby wysiłkowe

☐ Informacje z poradni (wskazać poradnię) _____
☐ Opisy rehabilitacji lub leczenia (określić rodzaj procedury) _____
☐ Opis badania prenatalnego _____
☐ Cały wykres
☐ Rachunek z wyszczególnieniem składników
☐ Inne (określić) _____
☐ Karta wypisowa

2 HIMROI

PATIENT ID

CZĘŚĆ 8 – Zgoda dot. określonego rodzaju informacji NALEŻY WYPEŁNIĆ DLA WSZYSTKICH WNIOSKÓW

Jeśli którekolwiek ze ściśle poufnych informacji wymienionych poniżej będą zawarte w dokumentacji medycznej będącej przedmiotem wniosku, wyraźnie zezwalam na wykorzystanie i/lub ujawnienie tych informacji poprzez zaznaczenie poniższych pól, jeśli ma to zastosowanie do niniejszego upoważnienia.

- ☐ Informacje o opiece i leczeniu obejmującym zdrowie psychiczne lub kwestie behawioralne
- ☐ Informacje o opiece i leczeniu w związku z używania substancji
- ☐ Informacje o badaniach psychologicznych
- ☐ Informacje o testach lub leczeniu pod kątem HIV/AIDS
- ☐ Informacje o chorobach przenoszonych drogą płciową
- ☐ Informacje o badaniach genetycznych
- ☐ Informacje o napaści/nadużyciach na tle seksualnym
- ☐ Informacje o wykorzystaniu i zaniedbaniu dziecka
- ☐ Nie ma zastosowania w ramach tego upoważnienia

☐ Informacje o ciąży (pacjentka w wieku 12 lat lub starsza musi wyrazić zgodę na udzielenie takich informacji)

CZĘŚĆ 9 – Informacje o leczeniu w związku z problemami behawioralnymi lub używania substancji, które mają zostać ujawnione

wybierz wszystkie mające zastosowanie opcje:

☐ Hospitalizacja: Zostanie udostępniony wyciąg zawierający wyniki badań, wywiad i sprawozdanie z badania fizykalnego, ocenę psychiatryczną, sprawozdania z konsultacji, informacje o wypisie, podsumowanie dokumentacji medycznej, chyba że określono inaczej.

_____

- ☐ Wywiad i badanie fizykalne
- ☐ Karta wypisowa
- ☐ Ocena psychiatryczna
- ☐ Testy psychologiczne
- ☐ Ocena psychologiczna
- ☐ Plan leczenia
- ☐ Rachunek z wyszczególnieniem składników
- ☐ Daty przyjęcia i wypisu
- ☐ Informacje o postępach
- ☐ Informacje o lekach
- ☐ Wyniki badań laboratoryjnych
- ☐ Raporty radiologiczne
- ☐ Ocena wstępna (podać rodzaj) _____
- ☐ Wywiad behawioralny klienta

Wydział edukacji

- ☐ Diagnoza psychiatryczna
- ☐ Diagnoza medyczna
- ☐ Informacje o leczeniu
- ☐ Informacje o pracy domowej
- ☐ Frekwencja/nauczanie
- ☐ Zaburzenia aspołeczne
- ☐ Kontynuacja opieki
- ☐ Indywidualny plan nauczania w ramach Planu 504

☐ Inne (proszę określić) _____

CZĘŚĆ 10 – Data wygaśnięcia upoważnienia

Niniejsze upoważnienie zatwierdza się:

- ☐ Tylko dla tego jednostkowego przypadku
- ☐ na czas 1 roku od daty jego podpisania (wyłącznie dokumentacja dotycząca zdrowia psychicznego)
- ☐ na czas 60 dni od daty jego podpisania

*Obowiązuje wyłącznie dla tego jednostkowego przypadku, jeśli nie wybrano żadnych opcji.

CZĘŚĆ 11 – Ważne informacje

Przeczytałem(-am) i rozumiem następujące oświadczenia:

Uwaga: jeżeli upoważnienie dotyczy ujawnienia dokumentacji dotyczącej zdrowia psychicznego, musi ono zawierać datę wygaśnięcia. W przeciwnym razie informacje mogą być ujawnione wyłącznie w dniu otrzymania wniosku. Jeżeli niniejsze upoważnienie ma służyć w celach medycznych/chirurgicznych lub badawczych, data ważności nie jest wymagana.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje o moim zdrowiu mogą być udostępniane innym podmiotom świadczącym usługi medyczne w ramach Ascension Illinois w celu leczenia i koordynacji opieki.

Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo do wglądu i uzyskania kopii informacji o moim zdrowiu.

Przyjmuję do wiadomości, że mogę anulować niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie poprzez złożenie pisemnego zawiadomienia do gabinetu lekarskiego lub **Wydziału Zarządzania Informacjami o Zdrowiu szpitala, w którym przechowywane są informacje o moim zdrowiu.** Rozumiem, że moja anulacja zacznie obowiązywać w momencie otrzymania przez Wydział Zarządzania Informacjami o Zdrowiu mojego pisemnego zawiadomienia.

Przyjmuję do wiadomości, że anulacja nie będzie miała żadnego wpływu na informacje dotyczące zdrowia wydane zanim Wydział Informacji o Zdrowiu otrzymał moje pisemne zawiadomienie.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące zdrowia, wykorzystane lub ujawnione, mogą być ponownie ujawnione przez odbiorcę i nie będą już chronione w ramach zasady prywatności.

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z postanowieniami Ustawy o poufności w kwestii zdrowia psychicznego i niepełnosprawności rozwojowej stanu Illinois lub Ustawy o poufności dotyczącej dokumentacji pacjentów nadużywających alkoholu i narkotyków, informacje nie mogą być ponownie ujawnione, chyba że osoba, która wydała upoważnienie do takiego ujawnienia wyda wyraźne upoważnienie do ponownego ujawnienia.

Przyjmuję do wiadomości, że niepodanie wszystkich wymaganych informacji w niniejszym formularzu upoważnienia nie będzie stanowiło właściwego upoważnienia na ujawnienie chronionych informacji o zdrowiu, w tym odmowy podpisania niniejszego upoważnienia, i że w związku z tym mój wniosek może nie zostać uznany.

Przyjmuję do wiadomości, że odmowa podpisania niniejszego upoważnienia nie wpłynie na żadne warunki mojego leczenia, płatności, rejestracji lub kwalifikacji do świadczeń.

CZĘŚĆ 12 – Podpisy

* **Pacjenci w wieku 12-17 lat** muszą podpisać się w przypadku wnioskowania o informacje w kwestii problemów behawioralnych, używania ubstancji, HIV/AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową, ciąży i kontroli urodzeń.

** **Przedstawiciel lub opiekun prawny –** proszę dołączyć nakaz sądowy lub inną dokumentację określającą Pana/Pani status prawny, stosownie do sytuacji.

*** **Podpis świadka,** który może potwierdzić tożsamość upoważnionego sygnatariusza, jest wymagany w celu ujawnienia wszelkich informacji o zdrowiu psychicznym lub niepełnosprawności rozwojowej. Świadkiem nie może być upoważniony sygnatariusz.

_____	___/___/____	_____	___/___/____
*Podpis pacjenta	Data	*** Podpis świadka	Data
_____	___/___/____	_____	
**Podpis pacjenta, przedstawiciela prawnego lub opiekunka prawnego	Data	Relacja z rodzicem, przedstawicielem lub opiekunem prawnym	

2 HIMROI

PATIENT ID