



Holy Family Medical Center

100 N. River Road, Des Plaines, IL 60016

Phone: (847) 813-3441 Fax: (847) 297-8008

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

- Poczta 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).
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raport z udzielenia pomocy w sytuacji nagłej | <input type="checkbox"/> Informacje z poradni (wskazać poradnię) _____ |
| <input type="checkbox"/> Wywiad i badania fizykalne | <input type="checkbox"/> Opisy rehabilitacji lub leczenia (określić rodzaj procedury) _____ |
| <input type="checkbox"/> Konsultacje | <input type="checkbox"/> Opis badania prenatalnego _____ |
| <input type="checkbox"/> Informacje o postępach | <input type="checkbox"/> Cały wykres |
| <input type="checkbox"/> Raport z operacji/zabiegu | <input type="checkbox"/> Rachunek z wyszczególnieniem składników |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych | <input type="checkbox"/> Inne (określić) _____ |
| <input type="checkbox"/> Wyniki badań histopatologicznych | <input type="checkbox"/> Karta wypisowa |
| <input type="checkbox"/> Raporty radiologiczne | |
| <input type="checkbox"/> Klisze radiologiczne/zdjęcia cyfrowe | |
| <input type="checkbox"/> EKG/próby wysiłkowe | |



2 HIMROI

PATIENT ID

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

PHSI-280-047 POLISH HFIL (02/25) Page 1 of 2

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informacje o opiece i leczeniu obejmującym zdrowie psychiczne lub kwestie behawioralne | <input type="checkbox"/> Informacje o chorobach przenoszonych drogą płciową |
| <input type="checkbox"/> Informacje o opiece i leczeniu w związku z używania substancji | <input type="checkbox"/> Informacje o badaniach genetycznych |
| <input type="checkbox"/> Informacje o badaniach psychologicznych | <input type="checkbox"/> Informacje o napaści/nadużyciach na tle seksualnym |
| <input type="checkbox"/> Informacje o testach lub leczeniu pod kątem HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Informacje o wykorzystaniu i zaniedbaniu dziecka |
| <input type="checkbox"/> Informacje o ciąży (pacjentka w wieku 12 lat lub starsza musi wyrazić zgodę na udzielenie takich informacji) | <input type="checkbox"/> Nie ma zastosowania w ramach tego upoważnienia |

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.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wywiad i badanie fizykalne | <input type="checkbox"/> Daty przyjęcia i wypisu | Wydział edukacji <input type="checkbox"/> Diagnoza psychiatryczna <input type="checkbox"/> Frekwencja/nauczanie <input type="checkbox"/> Diagnoza medyczna <input type="checkbox"/> Zaburzenia społeczne <input type="checkbox"/> Informacje o leczeniu <input type="checkbox"/> Kontynuacja opieki <input type="checkbox"/> Informacje o pracy domowej <input type="checkbox"/> Indywidualny plan nauczania w ramach Planu 504 |
| <input type="checkbox"/> Karta wypisowa | <input type="checkbox"/> Informacje o postęпах | |
| <input type="checkbox"/> Ocena psychiatryczna | <input type="checkbox"/> Informacje o lekach | |
| <input type="checkbox"/> Testy psychologiczne | <input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych | |
| <input type="checkbox"/> Ocena psychologiczna | <input type="checkbox"/> Raporty radiologiczne | |
| <input type="checkbox"/> Plan leczenia | <input type="checkbox"/> Ocena wstępna (podać rodzaj) | |
| <input type="checkbox"/> Rachunek z wyszczególnieniem składników | <input type="checkbox"/> Wywiad behawioralny klienta | |
| <input type="checkbox"/> Inne (proszę określić) | | |

CZĘŚĆ 10 – Data wygaśnięcia upoważnienia

- Niniejsze upoważnienie zatwierdza się: Tylko dla tego jednostkowego przypadku na czas 60 dni od daty jego podpisania
- na czas 1 roku od daty jego podpisania (wyłącznie dokumentacja dotycząca zdrowia psychicznego) *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 substancji, 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