Nazwisko pacjenta	Imię pacjenta	Data urodzenia
Adres pacjenta		Numer identyfikacyjny pacjenta

Proszę o udostępnienie informacji zdrowotnych dotyczących mojego Planu Bezpiecznej Opieki (Plan of Safe Care, PoSC) w sposób określony w niniejszym formularzu. Mogę podjąć decyzję, czy zezwolić swoim dostawcom usług medycznych i organizacjom służby zdrowia na uzyskiwanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej poprzez organizację wymiany informacji zdrowotnych o nazwie _____. Jeżeli wyrażę zgodę, można będzie uzyskiwać dostęp do mojej dokumentacji medycznej z różnych miejsc, w których korzystam z opieki zdrowotnej, za pośrednictwem ogólnokrajowej sieci komputerowej. _____ jest organizacją non-profit, która w bezpieczny sposób udostępnia informacje o zdrowiu pacjentów drogą elektroniczną w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej i spełnia standardy prywatności oraz bezpieczeństwa HIPAA, wymogi federalnych przepisów dotyczących poufności, 42 CFR Część 2, oraz prawa stanu Nowy Jork. Więcej informacji można znaleźć na stronie _____ pod adresem www._____.org.

Wybór, którego dokonuję w tym formularzu NIE wpłynie na moją zdolność do uzyskiwania opieki medycznej. Wybór, którego dokonuję w tym formularzu NIE pozwala dostawcom ubezpieczeń zdrowotnych na dostęp do moich informacji w celu podejmowania decyzji, czy zapewnić mi ubezpieczenie zdrowotne lub pokryć moje rachunki za leczenie.

Opcje dotyczące zgody:
Formularz mogę wypełnić teraz lub w późniejszym czasie.
Mogę również zmienić decyzję w dowolnej chwili, wypełniając nowy formularz.

Ta decyzja o wyrażeniu zgody dotyczy:

- ☐ [Tylko nazwa organizacji świadczącej usługi leczenia OASAS (Biura ds. Alkoholizmu i Nadużywania Substancji, Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)]
- ☐ Wymiana informacji _____
- ☐ [Nazwa ubezpieczyciela]
- ☐ [Nazwa podmiotu zarządzającego opieką]
- ☐ [Imię i nazwisko ginekologa]
- ☐ [Imię i nazwisko lekarza/Nazwa praktyki podstawowej opieki zdrowotnej]
- ☐ [Nazwa szpitala położniczego]
- ☐ [Imię i nazwisko lekarza pediatry]

Zakres lub charakter informacji, które mają zostać ujawnione lub wydane:
Niniejsza zgoda jest ograniczona do udostępniania tylko mojego planu bezpiecznej opieki.

Przedział czasu:
Niniejsza zgoda jest ważna przez jeden rok od daty jej wyrażenia.

Otrzymałem(-am) kopię niniejszego formularza, a moja decyzja o wyrażeniu zgody dotyczy wszystkich wyżej wymienionych świadczeniodawców.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta	Data
Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego drukowanymi literami (w stosownych przypadkach)	Pokrewieństwo przedstawiciela ustawowego i pacjenta (w stosownych przypadkach)