

**Kërkesë për qasje në  
informacionin shëndetësor**

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

**"NYC Health + Hospitals" do ta përdorë këtë formular për të dokumentuar kërkesën tuaj për akses në informacionin tuaj shëndetësor.**

Akcesi i kërkuar:  Kopje  Inspektim në vend

Formati i kërkuar:  Letër  CD  Email  Tjetër: \_\_\_\_\_

**Mënyra e dorëzimit:**

Marrje në dorëzim / Personalisht  Email te: \_\_\_\_\_

Postë te: \_\_\_\_\_

**INFORMACIONI I MËPOSHTËM NEVOJITET PËR TË GJITHA KËRKESAT**

**Informacioni për t'u aksesuar:**

Informacion shëndetësor (datat) \_\_\_\_\_  Raporte radiologjie (datat) \_\_\_\_\_

Rezultate analizash laboratorike (datat) \_\_\_\_\_  Shënime ecurie (datat) \_\_\_\_\_

Dokumente faturimi (datat): \_\_\_\_\_  Kartela ime e plotë mjekësore

Tjetër (përcaktojeni): \_\_\_\_\_

**Informacioni i mëposhtëm nuk do të dorëzohet përveç nëse zgjidhni konkretisht secilin lloj përkatës më poshtë:**

Informacion për çrregullime nga përdorimi i substancave  Informacion për shëndetin mendor

Informacion analizash gjenetike  Informacion në lidhje me HIV

E kuptoj se kam të drejtë qasjeje në informacionin tim shëndetësor në formën e formatin e kërkuar, nëse mund të paraqitet menjëherë në formë e format të tillë dhe se nëse "NYC Health + Hospitals" nuk mund ta paraqesë menjëherë informacionin shëndetësor në fjalë në formën e formatin e kërkuar, do të më jepet në formë të lexueshme fizike apo në ndonjë formë e format tjetër të tillë të rënë dakord mes palëve.

E kuptoj se nëse kërkoj një kopje elektronike të informacionit tim shëndetësor, do të më jepet nëse është i gatshëm në formë e format të tillë ose përndryshe, në formë e format të lexueshëm elektronik të rënë dakord mes palëve.

E kuptoj se nëse kërkoj inspektim në vend të informacionit tim shëndetësor, Departamenti i Administrimit të Informacionit Shëndetësor është përgjegjës për bashkërendimin e një inspektimi të tillë në mënyrë të arsyeshme dhe në kohën e duhur.

E kuptoj se nëse kërkoj kopje të informacionit tim shëndetësor, mund të tarifohem me tarifë të arsyeshme në bazë të koston për një kërkesë të tillë dhe se vlerësimet e mundshme të tarifave do të më parashtrohen përpara se të tarifohem. E kuptoj gjithashtu se pamundësia ime për të paguar nuk mund të përdoret si arsyeja e vetme për të më refuzuar kërkesën për akses në informacionin tim shëndetësor.

NËNSHKRIMI I PACIENTIT OSE I PËRFAQËSUESIT PERSONAL: \_\_\_\_\_ DATA / ORA: \_\_\_\_\_

NËSE NUK ËSHTË PACIENTI, EMRI ME GERMA SHTYPI, ADRESA DHE NUMRI I TELEFONIT TË PËRFAQËSUESIT PERSONAL: \_\_\_\_\_

MARRËDHËNIA / AUTORITETI PËR TË VEPRUAR PËR LLOGARI TË PACIENTIT: \_\_\_\_\_

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_\_



**Request for Access to Health Information**

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

**NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.**

Access Requested:  Copies  Onsite Inspection

Format Requested:  Paper  CD  Email  Other: \_\_\_\_\_

**Method of Release:**

Pickup/In Person  E-mail to: \_\_\_\_\_

Mail to: \_\_\_\_\_

**INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS**

**Information to be Accessed:**

Health Information (date(s)) \_\_\_\_\_  Radiology Reports (date(s)) \_\_\_\_\_

Laboratory Test Results (date(s)) \_\_\_\_\_  Progress Notes (date(s)) \_\_\_\_\_

Billing Records (date(s)): \_\_\_\_\_  My complete medical record

Other (please specify): \_\_\_\_\_

**The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:**

Substance Use Disorder Information  Mental Health Information

Genetic Testing Information  HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_

DATE/TIME: \_\_\_\_\_

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: \_\_\_\_\_

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: \_\_\_\_\_

EMPLOYEE SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_\_