

**Медицинский центр Университета Питтсбурга (UPMC)
Форма запроса на назначение доверенного представителя взрослого**

Кто такой доверенный представитель?

МуUPMC включает функцию доступа для доверенного представителя, в рамках которой от имени пациента назначенные члены семьи и другие уполномоченные лица получают доступ к выбранной пациентом медицинской информации посредством МуUPMC.

Уважаемый пациент,

Мы с пониманием относимся к вашему желанию назначить доверенного представителя, который будет действовать от вашего имени в описанном ниже порядке. В связи с этим для нас важна конфиденциальность вашей медицинской информации. В отведенных ниже полях просим вас указать требуемую информацию о себе (пациенте) и лице, которому вы передаете полномочия вашего доверенного представителя.

*Предоставление права доступа доверенному представителю даст ему следующие возможности: (1) записываться на прием для получения медицинских услуг от вашего имени, (2) пользоваться доступом к выбранной медицинской информации, (3) общаться посредством МуUPMC, по телефону или лично с поставщиками медицинских услуг по вопросам, связанным с вашими анализами, лечением, препаратами, консультациями для пациентов и прочими административными вопросами, (4) запрашивать определенные интерактивные медицинские услуги в системе UPMC AnywhereCare и (5) общаться посредством МуUPMC с бухгалтерией UPMC по вопросам, связанным со счетами, которые вы можете получать. **ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАХОТИТЕ, ЧТОБЫ ЛИЦО ИМЕЛО КАКИЕ-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, ВАМ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ЭТО ЛИЦО В КАЧЕСТВЕ СВОЕГО ДОВЕРЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ.***

Обращаем ваше внимание на то, что данная форма неприменима и не может быть использована в отношении пациентов UPMC, проходящих психиатрическое лечение, или в отношении любых пациентов, когда это касается решений о медицинском обслуживании, включая кроме прочего: (1) процедуры / услуги, требующие информированного согласия (и отзыва согласия, если это применимо), (2) поступление и выписка из домов престарелых или иных учреждений долговременного ухода, (3) донорство органов, частей тела или тела для медицинских целей, включая разрешение на вскрытие, и (4) продолжение или отзыв разрешения на поддержание жизнеобеспечения. Для принятия серьезных решений в отношении лечения рекомендуется составить официальную доверенность или составить «завещание о жизни».

Чтобы предоставить возможность доступа в качестве доверенного представителя, просим вас заполнить форму запроса.

Верните данную форму по адресу: (*Верните все 3 страницы) или

Факс: 412-647-8929

Кому: HIM

200 Lothrop Street

Forbes Tower, Suite 9050

Pittsburgh, PA 15213

Вопросы: 412-864-1221

Информация о доверенном представителе (все разделы являются обязательными — пожалуйста, впишите разборчиво печатными буквами.)

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____

Пол — *Пожалуйста, обведите:* Женский или Мужской

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер домашнего телефона: _____ Номер сотового телефона: (необязательно): _____

Адрес эл. почты (необязательно): _____

Сведения о пациенте (Пожалуйста, подтвердите правильность приведенной ниже информации. Сообщите в администрацию центра, если данные неверны.)

Имя (фамилия, имя, средний инициал): _____
Пол — *Пожалуйста, обведите*: Женский или Мужской
Дата рождения: _____
Домашний адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Номер(а) телефона: _____
Адрес эл. почты (*не обязательно*): _____

Условия и договор о назначении доверенного представителя в MyUPMC:

*Обратите внимание: Условия и договор о назначении доверенного представителя в MyUPMC подлежат изменениям. Вы можете в любое время ознакомиться с самой последней версией условий и договора на веб-сайте MyUPMC.com

1. Я понимаю, что MyUPMC не является средством, которым следует пользоваться в экстренных и неотложных ситуациях. При возникновении экстренной или неотложной ситуации мне следует воспользоваться соответствующими услугами неотложной медицинской помощи.
2. Я понимаю, что MyUPMC является защищенным интерактивным источником конфиденциальной медицинской информации и выписок по счетам. Если я сообщу свое имя пользователя и пароль в системе MyUPMC другому лицу, это лицо сможет просматривать медицинскую информацию обо мне.
3. Я соглашаюсь с тем, что в мои обязанности входит выбор конфиденциального пароля, хранение его в надежном месте и изменение этого пароля, если у меня будут основания полагать, что он подвергся какой-либо угрозе.
4. Я понимаю, что MyUPMC содержит *избранную* медицинскую информацию из медицинской карты пациента и что MyUPMC является вспомогательным средством, которое не заменяет собой и не отражает все содержание медицинской карты пациента. Я также понимаю, что MyUPMC содержит информацию, полученную из офисов врачей UPMC, которые пользуются системой электронных медицинских карт UPMC, и что мой доверенный представитель сможет пользоваться доступом к информации из офисов всех этих врачей. Такая информация может включать данные, связанные с ВИЧ-статусом, психическим здоровьем и лечением от наркотической и алкогольной зависимости. Если мне будет неудобно сообщать информацию, которая содержится в MyUPMC, мне не стоит предоставлять право доступа для моего доверенного представителя.
5. Я понимаю, что в дополнение или вместо избранной информации, которая содержится в системе MyUPMC, я могу получить доступ ко всем медицинским записям пациента в предусмотренных законодательством рамках — для этого мне необходимо обратиться в регистратуру соответствующего отделения UPMC и запросить медицинскую информацию в соответствии с правилами UPMC.
6. Я понимаю, что после получения доступа в качестве доверенного представителя мой доверенный представитель получит право на следующие действия:
 - запрашивать от моего имени запись на прием к любым поставщикам медицинских услуг UPMC, которые также пользуются сервисом MyUPMC, для получения медицинского обслуживания;
 - просматривать избранную медицинскую информацию, доступную в системе MyUPMC;
 - запрашивать определенные интерактивные медицинские услуги в системе AnywhereCare от UPMC;
 - общаться посредством MyUPMC, по телефону или лично с любым из моих поставщиков медицинских услуг, которые сотрудничают с UPMC, с помощью MyUPMC для обсуждения анализов, лечения, препаратов, консультаций для пациента и прочих административных вопросов;

- общаться посредством MyUPMC с бухгалтерией UPMC по вопросам, связанным со счетами, которые я могу получать.
7. Я понимаю, что мой доверенный представитель сможет запрашивать определенные интерактивные медицинские услуги в системе UPMC AnywhereCare. Я принимаю на себя финансовую ответственность за такую услугу, которая включает применимые расходы, если моя страховка не покрывает стоимость данной услуги в полном объеме или частично.
 8. Я понимаю, что все мои действия и действия моего доверенного представителя в MyUPMC будут отслеживаться службой компьютерного аудита, а также что введенные данные становятся неотъемлемой частью медицинской карты.
 9. Я понимаю, что доступ к сервису MyUPMC предоставлен UPMC в качестве удобной услуги для своих пациентов и что UPMC имеет право запретить доступ к моей учетной записи в MyUPMC или учетной записи представителя в любое время и по любой причине, включая ситуации, когда UPMC имеет основания полагать, что дальнейшее предоставление доступа к MyUPMC мне или моему доверенному представителю не в моих интересах.
 10. Я понимаю, что использование MyUPMC является добровольным и я не обязан(а) пользоваться MyUPMC или назначать доверенного представителя в MyUPMC. В связи с этим UPMC не должен делать мою подписку на пользование MyUPMC или назначение моего доверенного представителя в MyUPMC условием для предоставления мне лечения.
 11. Я понимаю, что могу в любое время отозвать разрешение для своего доверенного представителя с помощью инструментов MyUPMC, или отправив письменный запрос в офис своего основного лечащего врача в UPMC. В противном случае, если UPMC не запретит доступ для доверенного представителя (как описано в Разделе 9), разрешение на доступ остается в силе до решения суда или пока он не будет отменен, согласно применимому закону. Однако, если мой доверенный представитель воспользовался доступом и разгласил информацию обо мне, прежде чем я отзову разрешение на его доступ, на такую информацию больше не будет распространяться защита Закона об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан от 1996 г. (HIPAA). Информация об обязательствах UPMC в рамках HIPAA представлена в Уведомлении о практике защиты конфиденциальности UPMC.
 12. Я не должен(не должна) использовать право доступа к MyUPMC в качестве доверенного представителя *в легкомысленных целях или в целях*, не связанных с уходом или лечением пациента.
 13. Я понимаю, что право доступа в качестве доверенного представителя предоставляется для ухода за участником MyUPMC. Если мне больше не будет требоваться возможность доступа для доверенного представителя, я должен(должна) немедленно уведомить об этом UPMC.
 14. Я имею право получить копию данной заполненной формы.

Моя подпись ниже является подтверждением того, что я прочитал(а) и понимаю суть данной формы запроса на назначение доверенного представителя в MyUPMC и соглашаюсь с условиями.

➤ _____ / _____ / _____
Подпись назначенного доверенного представителя **Кем приходится пациенту** **Дата**
(Обязательное поле)

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) содержание данной формы запроса на назначение доверенного представителя взрослого в MyUPMC. Я соглашаюсь с условиями и назначаю вышеназванное лицо в качестве своего доверенного представителя в MyUPMC.

- _____ / _____
Имя пациента — напишите печатными буквами **Дата рождения**
(Обязательное поле)
- _____ / _____
Подпись пациента (Обязательное поле) **Дата**
- _____ / _____
Подпись поставщика медицинских услуг, **Дата**
если пациент не в состоянии дать согласие
(Обязательное поле)