

Pracownicy służby zdrowia mogą udokumentować ustną dobrowolną zgodę lub dostosować niniejszy przykładowy formularz do wykorzystania na swoje potrzeby.

Zgoda na udział w Miejskim Rejestrze Szczepień (CIR) dla osób w wieku od 19 lat.

Miejski Rejestr Szczepień (Citywide Immunization Registry, CIR) miasta Nowy Jork to poufny, skomputeryzowany system, który umożliwia upoważnionym użytkownikom dostęp do dokumentacji szczepień danej osoby. Poufność danych osobowych w systemie jest chroniona na mocy surowych przepisów federalnych i stanowych. Oto kilka korzyści płynących z uczestnictwa w CIR:

- Świadczeniodawca opieki zdrowotnej może skorzystać z CIR, aby upewnić się, że pacjent otrzyma wszystkie niezbędne szczepienia, a także inne zalecane zabiegi medyczne.
- CIR zapewnia stały i łatwo dostępny rejestr szczepień.

Udział w CIR jest dobrowolny dla osób w wieku 19 lat i starszych, a rejestracja nastąpi dopiero po wypełnieniu niniejszego formularza zgody. Osoby, które chcą wziąć udział w badaniu, proszone są o uważne przeczytanie poniższego oświadczenia i złożenie podpisu w przeznaczonym do tego miejscu. Dodatkowe informacje na temat tej zgody można uzyskać pod numerem telefonu 347-396-2400.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody

Wyrażam zgodę, aby (imię i nazwisko lekarza lub nazwa organizacji) przekazał(-a) moje szczepienia i dane identyfikacyjne do Miejski Rejestr Szczepień (CIR) Miasta Nowy Jork. Rozumiem, że celem CIR jest pomoc w mojej opiece medycznej i rejestrowanie szczepień, które otrzymałem(-am) lub otrzymam w przyszłości. Moje informacje o szczepieniach mogą być potencjalnie wykorzystywane przez Wydział Zdrowia i Higieny Psychiczej miasta Nowy Jork do celów poprawy jakości, badań epidemiologicznych i kontroli chorób. Moje dane osobowe zostaną usunięte z informacji wykorzystywanych do poprawy jakości lub celów badawczych.

Informacje o szczepieniach zawarte w CIR mogą zostać udostępnione następującym osobom: mnie, mojemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, stanowym i lokalnym wydziałom zdrowia, szkole, do której uczęszczam, oraz upoważnionym placówkom medycznym, które świadczą na moją rzecz usługi opieki zdrowotnej.

Przyjmuję do wiadomości, że brak rejestracji w CIR nie będzie miał wpływu na moje leczenie, płatność lub rejestrację do świadczeń. Zgoda ta może zostać wycofana w dowolnym momencie za pomocą udostępnionego formularza. Informacje o szczepieniach przekazane do CIR na podstawie mojej zgody zostaną zachowane w CIR, jeśli później zdecyduję się wycofać swoją zgodę. Jednakże przyszłe szczepienia nie zostaną zarejestrowane w CIR, jeśli wycofam swoją zgodę.

Imię i nazwisko dużymi literami

Data urodzenia

Podpis

Data