

Dr. Anastasios Manessis, Dr. Iven Young

Electronic Health Information System

I have received the Electronic Health Information System Fact Sheet from the office of Dr. Anastasios Manessis and Dr. Iven Young. It describes:

- (1) the purpose of the Electronic Health Information System;
- (2) how it works;
- (3) how the providers participating in the Electronic Health Information System will record and access my health information.

I understand that by signing this form, the providers involved in my care may access my health information, including my electronic prescription records, and that it will be available to my other health care providers in the system, as described in the Fact Sheet.

I acknowledge receipt of the Electronic Health Information System Fact Sheet and consent for all my providers who participate in the Electronic Health Information System to create and/or access and use my electronic health record (HER) in order to provide my medical care. I understand that this consent will remain in effect unless revoked in writing.

Signature of patient or representative authorized by law

(Firma del paciente o representante autorizado por la ley)

(Υπογραφή του ασθενούς ή εξουσιοδοτημένου αντιπρόσωπου του νόμου)

Date

<p>If not the patient, name (print) of person signing this form: <i>(Si no es el paciente, el nombre (impresión) de la persona que firma este formulario):</i> <i>(Αν δεν είναι ο ίδιος ο ασθενής, το όνομα (εκτύπωση) του προσώπου που υπογράφει αυτή τη φόρμα):</i></p>	<p>Authority to sign this form on behalf of the patient - example: parent, legal guardian or health care proxy): <i>(Autoridad para firmare este formulario en nombre del paciente -ejemplo: padre, tutor legal o apoderado para el cuidado de la salud):</i> <i>(Αρχή όπου υπογράφει το έντυπο εξ ονόματος του ασθενούς - π.χ.: γονείς, νόμιμος κηδεμόνας ή μεσολάβησης της υγειονομικής του περίθαλψης):</i></p>
---	--

Sistema de Información Clínica Electrónica

He recibido la Hoja de Datos del Sistema de Información en Salud Electrónica de la oficina del Dr. Anastasios Manassis y el Dr. Iven Young. En él se describe :

- (1) el propósito del sistema de información electrónico de la Salud ;
- (2) cómo funciona;
- (3) ¿cómo los proveedores que participan en el Sistema de Información Clínica Electrónica registrarán y tendrán acceso a mi información de salud.

Entiendo que al firmar este formulario, los proveedores involucrados en mi cuidado pueden acceder a mi información médica, incluyendo mis registros de receta electrónica, y que será a disposición de mis otros proveedores de atención de la salud en el sistema, como se describe en el hecho de Hoja.

Acuso recibo de la hoja de datos del Sistema de Información en Salud Electrónica y consentimiento de todos mis proveedores que participan en la Información de la Salud Electrónica Sistema para crear y / o el acceso y el uso de mi historia clínica electrónica (HER) con el fin de proporcionar mi atención médica .
Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a menos que lo revocadopor escrito .

Ηλεκτρονικό Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας

Έχω λάβει το ενημερωτικό δελτίο "Ηλεκτρονικό Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας" από το γραφείο του Δρ Αναστάσιος Μάνεσης και ο Δρ Iven Young όπου περιγράφει :

- (1) Τον σκοπό του Ηλεκτρονικού Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας
- (2) Το πώς λειτουργεί
- (3) Το πώς οι πάροχοι που συμμετέχουν στο Ηλεκτρονικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας θα καταγράφουν και θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες για την υγεία μου .

Καταλαβαίνω ότι με την υπογραφή του υπομνηματος, οι πάροχοι που εμπλέκονται στη φροντίδα μου μπορούν να έχουν πρόσβαση στις ιατρικές μου πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων των ηλεκτρονικών αρχείων συνταγογραφησεων μου και ότι θα είναι διαθέσιμες σε άλλους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης μου στο σύστημα, όπως περιγράφεται στο Ενημερωτικό Φυλλάδιο .

Έλαβα το δελτίο "Ηλεκτρονικό Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας" και συναινώ για όλους τους παρόχους μου που συμμετέχουν στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Πληροφόρησης για την υγεία για τη δημιουργία ή/και την πρόσβαση και τη χρήση των ηλεκτρονικών μητρώων του ιατρικού μου φακέλου (HER), προκειμένου να μου παρέχουν ιατρική φροντίδα. Καταλαβαίνω ότι η συναίνεση αυτή θα παραμείνει σε ισχύ, εκτός εάν ανακληθεί εγγράφως από εμένα.