

Разрешение на раскрытие и разглашение защищенной медицинской информации

Данные пациента	Имя, фамилия пациента: _____ Дата рождения: _____ Адрес: _____ Псевдоним: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Рабочий телефон: _____
Клиника-поставщик медицинских услуг (кто располагает информацией, которую Вы хотите раскрыть) Укажите конкретного поставщика услуг и/или клинику.	Название клиники или имя/название поставщика услуг: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Факс: _____ Рабочий телефон: _____
Получающая сторона (куда Вы хотите отправить информацию)	Имя/название получающей стороны: _____ Кому: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Факс: _____ Рабочий телефон: _____
Раскрываемая информация (что Вы хотите отправить или раскрыть – установите соответствующий флажок.)	<input type="checkbox"/> Определенный набор данных (включающий личность пациента, демографические данные, медицинские данные и данные о фактурировании услуг) – последние 2 (два) года. <input type="checkbox"/> Дата обслуживания или записи, связанные с конкретным заболеванием (укажите дату обслуживания или заболевания): _____ <input type="checkbox"/> Все без исключения данные в составе определенного набора данных – инициалы пациента: <input type="checkbox"/> Другое (укажите тип данных): _____
Разглашение конфиденциальной медицинской информации	Раскрываемая медицинская информация может содержать данные о психическом здоровье, алкогольной или наркотической зависимости, ВИЧ или СПИД, заболеваниях, передающихся половым путем, или планировании семьи. Отметьте один из следующих вариантов и проставьте инициалы для указания, следует ли раскрывать эту конфиденциальную информацию, которая может содержаться в Ваших записях: Раскрывать: <input type="checkbox"/> или Не раскрывать: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Инициалы
Цель раскрытия (зачем это нужно, почему вы этого хотите)	Медицинские цели: <input type="checkbox"/> Личное применение: <input type="checkbox"/> Требования закона: <input type="checkbox"/> Страховка: <input type="checkbox"/> Другое – укажите: _____
Указания по раскрытию (как и когда Вам нужна информация, должен ли кто-то получить ее за Вас и располагает ли СНС соответствующими документами)	1. Способ передачи данных: а. <input type="checkbox"/> В бумажном виде <input type="checkbox"/> Лично в руки <input type="checkbox"/> По почте получающей стороне <input type="checkbox"/> По факсу получающей стороне <input type="checkbox"/> Номер факса: б. <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Лично в руки <input type="checkbox"/> По почте получающей стороне 2. При передаче лично в руки данные получает <input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Родитель/член семьи/друг <input type="checkbox"/> Законный представитель (в СНС должны иметься соответствующие документы) 3. Имя, фамилия лица, получающего данные: _____ Родство/отношение к пациенту: _____ 4. Удостоверение личности лица, получающего данные: Водительское удостоверение, карта Costco или банковская карта с фотографией, удостоверяющая личность.
1. Разрешение действительно в течение одного года с даты подписания, если вами при этом не указана другая дата или другой срок истечения: Дата: _____ 2. Мое лечение, оплата, регистрация или право на получение льгот не зависят от подписания этого разрешения. 3. Я могу отозвать данное разрешение в письменной форме в любое время, и такой отзыв не будет распространяться на действия, уже предпринятые в период действия разрешения. Я также понимаю, что информация, использованная или раскрытая в силу данного разрешения, может быть раскрыта повторно, и защита, предусмотренная федеральными правилами, на нее при этом не распространяется. 4. Оформление некоторых копий медицинской информации является платным и должно быть оплачено заранее. 5. НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ В ВОЗРАСТЕ 13-17 ЛЕТ: Для раскрытия информации в следующих случаях требуется подпись несовершеннолетнего: Данные о репродуктивном здоровье, такие как контрацепция, беременность (в любом возрасте), заболевания, передающиеся половым путем (14 лет и старше), алкогольная/наркотическая зависимость (13 лет и старше) и психическое здоровье (13 лет и старше). Я даю согласие на раскрытие защищенной медицинской информации.	
_____	_____
Пациент/опекун/доверенное лицо, подпись	Полномочия подписи от имени пациента (требуется документ) _____ Дата _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> РАЗРЕШЕНИЕ ОТОЗВАТЬ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ: _____ Подпись пациента _____ Дата _____ </div>	