

Дозвіл на розкриття та розголошення захищеної медичної інформації

Інформація про пацієнта	Ім'я, прізвище пацієнта: _____ Дата народження: _____ Адреса: _____ Псевдонім: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____ Робочий телефон: _____
Клініка-постачальник медичних послуг (хто має інформацію, яку Ви хочете розкрити) Вкажіть постачальника послуг та/або клініку.	Назва клініки або ім'я/назва постачальника послуг: _____ Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____ Факс: _____ Робочий телефон: _____
Сторона, що отримує (куди Ви бажаєте надіслати інформацію)	Ім'я/назва сторони, що отримує: _____ Кому: _____ Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____ Факс: _____ Робочий телефон: _____
Інформація, що розкривається (що Ви хочете відправити або розкрити – встановіть відповідний прапорець.)	<input type="checkbox"/> Певний набір даних (що містить особистість пацієнта, демографічні дані, медичні дані та дані про фактурування послуг) – останні 2 (два) роки. <input type="checkbox"/> Дата обслуговування або записи, пов'язані з конкретним захворюванням (вкажіть дату обслуговування або захворювання): _____ <input type="checkbox"/> Усі без винятку дані у складі певного набору даних – ініціали пацієнта: <input type="checkbox"/> Інше (вкажіть тип даних): _____
Розкриття конфіденційної медичної інформації	Медична інформація, що розкривається, може містити дані про психічне здоров'я, алкогольну або наркотичну залежність, ВІЛ або СНІД, захворювання, що передаються статевим шляхом, або планування родини. Позначте один із наступних варіантів та проставте ініціали для вказівки, чи слід розкривати цю конфіденційну інформацію, яка може бути у Ваших записах: Розкривати: <input type="checkbox"/> або Не розкривати: <input type="checkbox"/> Ініціали _____
Мета розкриття (навіщо це потрібно, чому ви цього хочете)	<u>Медичні цілі:</u> <input type="checkbox"/> <u>Особисте застосування:</u> <input type="checkbox"/> <u>Вимоги закону:</u> <input type="checkbox"/> <u>Страховання:</u> <input type="checkbox"/> Інше – вкажіть: _____
Вказівки щодо розкриття (як та коли Вам потрібна інформація, чи повинен хтось отримати її за Вас та чи має СНС відповідні документи)	1. Спосіб передачі даних: а. <input type="checkbox"/> У паперовому вигляді <input type="checkbox"/> Особисто в руки <input type="checkbox"/> Поштою стороні, що отримує <input type="checkbox"/> Факсом стороні, що отримує <input type="checkbox"/> Номер факсу: б. <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Особисто в руки <input type="checkbox"/> Поштою стороні, що отримує 2. При передачі особисто до рук дані отримує <input type="checkbox"/> Пацієнт <input type="checkbox"/> Батько/мати/член родини/друг <input type="checkbox"/> Законний представник (СНС повинен мати відповідні документи) 3. Ім'я, прізвище особи, яка отримує дані: _____ Відношення до пацієнта: 4. Посвідчення особи того, хто отримує дані: Посвідчення водія, карта Costco або банківська карта з фотографією, що засвідчує особу.
1. Дозвіл дійсний протягом одного року з дати підписання, якщо вами при цьому не вказано іншу дату або інший термін закінчення: Дата: _____ 2. Моє лікування, оплата, реєстрація або право на отримання пільг не залежить від підписання цього дозволу. 3. Я можу відкликати цей дозвіл у письмовій формі в будь-який час, і такий відгук не поширюватиметься на дії, які вже були вжиті в період дії дозволу. Я також розумію, що інформація, використана або розкрита в силу цього дозволу, може бути розкрита повторно, і захист, передбачений федеральними правилами, на неї при цьому не поширюється. 4. Оформлення деяких копій медичної інформації платне та має бути сплачено заздалегідь. 5. НЕПОВНОЛІТНІ У ВІЦІ 13-17 РОКІВ: Для розкриття інформації у наступних випадках потрібен підпис неповнолітнього: Дані про репродуктивне здоров'я, такі як контрацепція, вагітність (у будь-якому віці), захворювання, що передаються статевим шляхом (14 років та більше), алкогольна/наркотична залежність (13 років та більше) та психічне здоров'я (13 років та більше). Я погоджуюся на розкриття захищеної медичної інформації.	
_____	_____
Пацієнт/опікун/довірена особа, підпис	Повноваження підпису від імені пацієнта (потрібний документ) _____ Дата _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ДОЗВІЛ ВІДКЛИКАТИ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ: Підпис пацієнта _____ Дата _____ </div>	