

## Разрешение на раскрытие медицинской информации

Способ раскрытия: в клинике  Устно  На CD  На бумаге  Факсом (до 60 страниц)

<b>Данные пациента</b>	Полное имя пациента: _____ Дата рождения: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс _____ Мобильный телефон для звонков в дневное время: _____ Рабочий телефон: _____
<b>Отправитель</b> Укажите конкретную больницу, клинику, поставщика услуг, которые будут отправителем документации	Название клиники или имя/название поставщика услуг: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Номер телефона: _____ Номер факса: _____
<b>Получатель</b> Укажите, кто будет получателем документации	Полное имя получателя: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Номер факса: _____ Номер телефона для звонков в дневное время: _____
<b>Информация</b> Отметьте один документ для раскрытия	<input type="checkbox"/> <b>(За последние 3 визита)</b> Последнее краткое описание обслуживания, включая перечень лекарств, список проблем, анамнез и физикальное обследование, лабораторные данные, записи о визитах и т. д. <input type="checkbox"/> <b>(За последние 2 визита)</b> Краткое описание обслуживания, включая перечень лекарств, список проблем, анамнез и физикальное обследование, лабораторные данные, записи о визитах и т. д. <input type="checkbox"/> <b>Полный</b> комплект документации (все документы) <b>пациент должен поставить инициалы:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>(За последние 2 года)</b> Рентгенограмма зубов и (или) краткое описание обслуживания <b>Полный</b> комплект стоматологической документации (все документы): <b>Инициалы</b> _____ <input type="checkbox"/> Другое: _____ (уточните)
<b>Конфиденциальная информация</b> Укажите конфиденциальные документы для раскрытия (отметьте, иначе их могут не включить)	<input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД <input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем <input type="checkbox"/> Злоупотребление психоактивными веществами <input type="checkbox"/> Обслуживание в сфере психического здоровья / психиатрическая помощь <input type="checkbox"/> Устный обмен информацией / координация обслуживания (касающиеся документов, указанных в разделе конфиденциальной информации)  В соответствии с <b>Кодексом законов США (U.S.C.), раздел 42, 290dd-2 (g)</b> , правила в этой части накладывают ограничения на использование и раскрытие документов пациента, касающихся расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, («документы», как указано в этой части), которые ведутся в связи с выполнением, если применимо, программы части 2
<b>Форма согласия — несовершеннолетние</b>	Несовершеннолетние в возрасте 13–17 лет <b>должны</b> предоставить разрешение на раскрытие указанной ниже конфиденциальной информации (поставьте инициалы напротив документов для раскрытия): <input type="checkbox"/> Предупреждение беременности, планирование семьи и беременность <b>(для любого возраста)</b> <input type="checkbox"/> Заболевания, связанные с ВИЧ/СПИД (включая анализы) <b>(для возраста 14 лет и старше)</b> <input type="checkbox"/> Злоупотребление алкоголем/наркотиками <b>(для возраста 13 лет и старше)</b> <input type="checkbox"/> Психическое здоровье / психические расстройства <b>(для возраста 13 лет и старше)</b>
1. <b>Разрешение действительно в течение одного года с даты подписания, если вами при этом не указана другая дата или другой срок истечения: Дата:</b> _____ 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. 4. 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. 5. Оформление некоторых копий медицинской информации является платным и должно быть оплачено заранее. <b>***** Подписывая эту форму, я даю согласие на раскрытие защищенной медицинской информации.</b>	
_____ <b>Подпись пациента / опекуна / доверенного лица      Полномочия подписать от имени пациента (требуется подтверждение)      Дата</b>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>РАЗРЕШЕНИЕ ОТОЗВАТЬ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ:</b> _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> </div>	
<b>Только для персонала (инициалы):</b> Проверено заполнение всех разделов: _____ Мной выполнены все действия: _____	