

Дозвіл на розкриття медичної інформації

Спосіб розкриття: у клініці ☐ Усно ☐ На CD ☐ На папері ☐ Факсом (до 60 сторінок) ☐

Інформація про пацієнта	Повне ім'я пацієнта: _____ Дата народження: _____ Адрес: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс _____ Мобільний телефон / для дзвінків удень: _____ Робочий телефон: _____
Відправник Укажіть конкретну лікарню, клініку, постачальника послуг, які будуть відправником документації	Назва клініки або ім'я / назва постачальника послуг: _____ Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____ Номер телефону: _____ Номер факсу: _____
Отримувач Укажіть, хто буде отримувачем документації	Повне ім'я отримувача: _____ Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____ Номер факсу: _____ Номер телефону для денних дзвінків: _____
Інформація Позначте один документ для розкриття	____ (За останні 3 візити) Останній короткий опис обслуговування, зокрема перелік лікарських засобів, список проблем, анамнез і фізикальне обстеження, лабораторні дані, записи про візити тощо. ____ (За останні 2 візити) Короткий опис обслуговування, зокрема перелік лікарських засобів, список проблем, анамнез і фізикальне обстеження, лабораторні дані, записи про візити тощо. ____ Повний комплект документації (усі документи) Пацієнт повинен поставити ініціали: _____ ____ (За останні 2 роки) Рентгенівські знімки зубів та (або) короткий опис обслуговування Повний комплект стоматологічної документації (усі документи): Ініціали _____ ____ Інше: _____ (уточнити)
Конфіденційна інформація Укажіть конфіденційні документи для розкриття (позначте, інакше їх можуть не включити)	____ ВІЛ/СНІД ____ Захворювання, що передаються статевим шляхом ____ Зловживання психоактивними речовинами ____ Обслуговування в сфері психічного здоров'я / психіатрична допомога ____ Усний обмін інформацією / координація обслуговування (щодо документів, зазначених у розділі конфіденційної інформації) Відповідно до Кодексу законів США (U.S.C.), розділ 42, 290dd-2 (g), правила у цій частині накладають обмеження на використання та розкриття документів пацієнта, що стосуються розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, («документи», як указано в цій частині), які ведуться у зв'язку з виконанням, якщо потрібно, програми частини 2
Форма згоди — неповнолітні	Неповнолітні у віці 13–17 років повинні надати дозвіл на розкриття вказаної нижче конфіденційної інформації (поставте ініціали навпроти документів для розкриття): ____ Попередження вагітності, планування сім'ї та вагітність (для будь-якого віку) ____ Захворювання, пов'язані з ВІЛ/СНІД (включно з аналізами) (для віку 14 років і старше) ____ Зловживання алкоголем / наркотиками (для віку 13 років і старше) ____ Психічне здоров'я / психічні розлади (для віку 13 років і старше)
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. 4. 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. 5. Оформлення деяких копій медичної інформації платне й має бути сплачено заздалегідь. ***** Підписуючи цю форму, я погоджуюся на розкриття захищеної медичної інформації.	
Підпис пацієнта / опікуна / довіреної особи Повноваження підписати від імені пацієнта (потрібне підтвердження) Дата ДОЗВІЛ ВІДКЛИКАТИ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ: _____ Підпис пацієнта Дата	
Тільки для персоналу (ініціали): Перевірено заповнення всіх розділів: _____ Мною виконано всі дії: _____	