Разрешение на обсуждение защищенной медицинской информации

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения: _____

Я разрешаю своему поставщику медицинских услуг или персоналу клинической поддержки обсуждать мою медицинскую информацию со следующими перечисленными лицами и разрешаю сотрудникам оставлять подробные сообщение на телефоне:

Имя: _____ Кем вам приходится: _____ Номер телефона: _____

Имя: _____ Кем вам приходится: _____ Номер телефона: _____

Имя: _____ Кем вам приходится: _____ Номер телефона: _____

Вопросы, которые **нельзя обсуждать** согласно положениям этого документа и которые требуют использования формы раскрытия информации, включают следующее:

- ВИЧ/СПИД
- Заболевания/инфекции, передающиеся половым путем
- Злоупотребление алкоголем/психоактивными веществами
- Проблемы психического здоровья

ПРИМЕЧАНИЕ: Пациент обязан(а), при необходимости, своевременно обновлять указанную информацию.

Эта форма действительна в течение **12 месяцев** с даты подписания и может быть аннулирована в любое время.

_____ _____

(Подпись пациента) (Дата)

** Я понимаю, что могу **отозвать /аннулировать** данное разрешение в письменной форме, в любое время, и что такой отзыв / аннуляция не будут распространяться на действия, уже предпринятые в период действия разрешения. Подпишите только в том случае, если хотите отозвать / аннулировать разрешение.

_____ _____