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: _____ Адреса: _____ 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 роки**) 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 Початкова конфіденційна інформація, яку ви хочете опублікувати (обидва поля; **повинні** бути підписані або **не** будуть включені)	_____ ВІЛ / СНІД _____ Захворювання, що передаються статевим шляхом _____ Зловживання психоактивними речовинами _____ Психічне здоров'я / психіатрична допомога _____ Відвідування працівником соціальної служби Відповідно до **Кодексу законів США (U.S.C.), розділ 42, 290dd-2** (g), правила в 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 Конфіденційна інформація, яку потрібно обговорити або оприлюднити Обстеження (ініціали та дати) _____ Подальше спостереження / примітки про прогрес (ініціали та дати) _____ Цілі лікування (ініціали) _____ Відвідування прийому (ініціали) _____ Координація догляду (ініціали) _____ Інше (уточнити): _____
Згода неповнолітніх осіб Початкова інформація, яку ви хочете опублікувати (всі поля **повинні** бути підписані або **не** будуть включені)	**НЕПОВНОЛІТНІ ОСОБИ** (віком від 12 до 17 років) **повинні** підписати для передачі інформації: _____ Контрацепція, вагітність (будь-який вік) _____ Тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) (для віку 13 років і старше) _____ ВІЛ / СНІД (включно з аналізами) (для віку від 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 водночас 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 водночас не поширюється.**
5. **Оформлення деяких копій медичної інформації платне й має бути сплачено заздалегідь.**

****** Підписуючи цю форму, я погоджуюся на розкриття захищеної медичної інформації.**

_____ _____ _____

Пацієнт **Підпис від імені пацієнта (батько, опікун або довірена особа — потрібне підтвердження)** **Дата**

ДОЗВІЛ СКАСУВАТИ РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ: _____ _____

Підпис пацієнта Дата

Тільки для персоналу (ініціали):
Підтверджую, що всі розділи повністю заповнено: _____ Я виконав (-ла) усі дії та надіслав (-ла) записи: _____