Разрешение на раскрытие медицинской информации

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

Данные пациента	Полное имя пациента: _____ Дата рождения: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Мобильный телефон для звонков в дневное время: _____ Рабочий телефон: _____
Отправитель Укажите конкретную больницу, клинику, поставщика услуг, которые будут отправителем информации	Название клиники или имя, фамилия/название поставщика услуг: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Номер телефона: _____ Номер факса: _____
Получатель Укажите, кто будет получателем информации	Имя, фамилия получателя: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Номер факса: _____ Номер телефона для звонков в дневное время: _____
Информация Отметьте один пункт для раскрытия	___ (**За последние 3 визита**) Последнее краткое описание обслуживания, включая перечень лекарств, список проблем, анамнез и физическое обследование, лабораторные данные, записи о визитах и т. д. ___ (**За последние 2 года**) Краткое описание обслуживания, включая перечень лекарств, список проблем, анамнез и физическое обследование, лабораторные данные, записи о визитах и т. д. ___ Полный комплект документации (все документы) **Пациент обязан поставить инициалы**: _____ ___ **(За последние 2 года)** Рентгенограмма зубов и (или) краткое описание обслуживания **Полный** комплект стоматологической документации (все документы): **Инициалы** _____ ___ Другое_____ (уточните)
Конфиденциальная информация Первоначальная конфиденциальная информация, которую вы хотите опубликовать (оба поля; **необходимо** поставить ваши инициалы, или ваш выбор **не** будет учтен)	_____ ВИЧ/СПИД _____ Заболевания, передающиеся половым путем _____ Злоупотребление психоактивными веществами _____ Психическое здоровье/Психиатрическая помощь _____ Посещения социального работника В соответствии с **Кодексом законов США (U.S.C.), раздел 42, 290dd-2** (g), 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 Конкретная информация, которая будет обсуждаться или раскрываться Оценки (Инициалы и даты) _____ Заметки после лечения/в ходе лечения (Инициалы и даты) _____ Цели лечения (Инициалы) _____ Посещение назначенных приемов (Инициалы) _____ Координация ухода (Инициалы) _____ Другое (уточните) _____
Согласие несовершеннолетнего лица Первоначальная информация, которую вы хотите опубликовать (**необходимо** поставить инициалы, или ваш выбор **не** будет учтен)	**НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ЛИЦА** (лица в возрасте 12–17 лет **обязаны** предоставить инициалы для раскрытия следующих типов информации: _____ Контрацепция, беременность (любой возраст) _____ Тестирование на ЗППП (13 лет и старше) _____ ВИЧ/СПИД (включая тестирование) (14 лет и старше) _____ Злоупотребление алкоголем/наркотиками (для возраста 13 лет и старше) _____ Психическое здоровье / психические расстройства (для возраста 13 лет и старше)

1. **Разрешение действительно в течение одного года с даты подписания, если вами при этом не указана другая дата или другой срок истечения: Дата: _____**
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.**

****** **Подписывая эту форму, я даю согласие на раскрытие защищенной медицинской информации.**

_____ _____ _____

Пациент **Подпись от имени пациент (родитель, опекун или адвокат — требуется доказательство)** **Дата**

РАЗРЕШЕНИЕ ОТОЗВАТЬ РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ: _____ _____

Подпись пациента Дата

Только для персонала (инициалы):

Проверено заполнение всех разделов: _____ Я выполнил(а) все действия и отправил(а) документацию: _____