



Номер медицинской карты пациента

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ РАЗДЕЛЫ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИСЬ

I. Настоящим документом я добровольно разрешаю раскрывать мои конфиденциальные данные из моей медицинской информации следующим образом:
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА/КЛИЕНТА: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

Table with 2 columns: Information to be disclosed (название учреждения и отдела, адрес, город/штат) and To whom it will be provided (имя и фамилия лица/организации/учреждения, адрес, город/штат, номер телефона, номер факса).

III. Указать цель или необходимость этой передачи данных:
[] Продолжение лечения [] Адвокат [] Школа [] Нетрудоспособность
[] Личное использование [] Страховка [] Другое (уточните) _____

IV. Моя медицинская информация, подлежащая раскрытию: [отметьте необходимый (-ые) пункт (-ы)]
[] Период событий с _____ до _____
[] Информация связанная с (уточните) _____
Если Вы желаете, чтобы мы раскрывали какую-либо представленную ниже конфиденциальную информацию, поставьте рядом с ней свои инициалы:
_____ Направление/Лечение злоупотребления алкоголем/наркотиками _____ Лечение, связанное с ВИЧ/СПИДом
_____ Заболевания передаваемые половым путем _____ Информация о психическом здоровье

V. Вам не нужно подписывать это разрешение. Отказ подписывать это разрешение не повлияет на Вашу возможность получать медицинские услуги или компенсацию стоимости предоставленных Вам услуг. Отказ подписать этот документ означает, что Вы не будете получать медицинские услуги, если они оказываются исключительно с целью предоставить медицинскую информацию другому лицу и для раскрытия информации необходимо это разрешение. Ваш отказ подписать настоящее разрешение не повлияет на оформление Вашего страхового плана или Вашу возможность получать медицинскую страховку, за исключением случаев, когда такая конфиденциальная информация необходима для определения того, имеете ли вы право на оформление определенного страхового плана.

Настоящее разрешение может быть отозвано в письменной форме в любое время. Чтобы отозвать настоящее разрешение, отправьте письменное заявление специалисту по вопросам конфиденциальной информации [Privacy Officer] по адресу Northwest Human Services, 1233 Edgewater St NW, Salem, Oregon 97304 и укажите, что Вы отзываете свое разрешение. Если разрешение не было отозвано ранее, срок действия этого документа заканчивается при наступлении нижеуказанных даты, события или заболевания:

(дата, событие или заболевание)

В том случае, если конечный срок действия документа, событие или заболевания не указаны, настоящее разрешение потеряет силу через 1 год с момента его подписания.

Я понимаю, что информация, раскрываемая согласно с этим разрешением, кроме случаев злоупотребления алкоголем и наркотиками в соответствии с определением, приведенным в Части 2 Раздела 42 Свода федеральных постановлений США [42 CFR Part 2], может раскрываться получателем третьим лицам и вследствие этого не попадать под охрану Закона о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения [часть 164 раздела 45 Свода федеральных постановлений США [4 CFR Part 164]] и Закона о нераспространении конфиденциальной информации 1974 г. [Раздел 552а, титул 5 Свода законов США [5 USC 552а]].

Я прочитал (-а) это разрешение и понимаю его.

_____ (Дата) _____ (Подпись пациента/клиента или личного представителя) _____ (Описание личного представителя)

Table with 4 columns: West Salem Clinic - Medical, West Salem Clinic - Dental, Total Health Community Clinic, Mental Health Clinic. Includes addresses, phone numbers, and fax numbers for each.