



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 (указать кем) and To whom it will be provided (указать кому). Rows include Name/Department, Address, City/State, and Phone/Fax numbers.

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.

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.

(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 listing clinic contact information: West Salem Clinic - Medical, West Salem Clinic - Dental, Total Health Community Clinic, and Mental Health Clinic.