



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: \_\_\_\_\_

| <b>II. Информация будет раскрыта (указать кем):</b> |  | <b>И будет предоставлена (указать кому):</b> |                           |
|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|---------------------------|
| НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И ОТДЕЛА                        |  | ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА/ОРГАНИЗАЦИИ/УЧРЕЖДЕНИЯ    |                           |
| АДРЕС                                               |  | АДРЕС                                        | ГОРОД/ШТАТ                |
| ГОРОД/ШТАТ                                          |  | НОМЕР ТЕЛЕФОНА                               | НОМЕР ФАКСА (ПРИ НАЛИЧИИ) |

**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 преювенности 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 552a]].

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

\_\_\_\_\_  
(Дата)\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента/клиента или личного представителя)\_\_\_\_\_  
(Описание личного представителя)

West Salem Clinic – Medical  
1233 Edgewater St NW  
Salem, Oregon 97304  
Тел.: (503) 378-7526  
Факс: (503) 480-1611

West Salem Clinic – Dental  
1233 Edgewater St NW  
Salem, Oregon 97304  
Тел.: (503) 378-7526  
Факс: (503) 480-1595

Total Health Community Clinic  
180 State Street N  
Monmouth, Oregon 97361  
Тел.: (503) 378-7526  
Факс: (503) 480-1613

Mental Health Clinic  
1233 Edgewater St NW  
Salem, Oregon 97304  
Тел.: (503) 378-7526  
Факс: (503) 480-1614



## NONDISCRIMINATION AND ACCESSIBILITY NOTICE

### Discrimination is Against the Law

NWHS complies with applicable federal civil rights laws and does not exclude, deny services to, or otherwise discriminate against any individual based upon ethnic group identification, race, national origin, religious creed, age, sex, sexual orientation, gender identity or expression, veteran's status, color, disability, housing status, educational level, economic status, social class, political beliefs, linguistic preference, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity.

We provide aids and services, free of charge, in a timely manner, to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- ✓ Qualified sign language interpreters
- ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

We provide language services, free of charge, in a timely manner, to people whose primary language is not English, such as:

- ✓ Qualified interpreters
- ✓ Information written in other languages

**If you need these services, call (503) 378-7526**

If you believe that NWHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the NWHS Risk Officer located at 681 Center St. NW, Salem, OR 97301, Tel. (503) 588-5828, Fax (503) 588-5852. You can file a grievance in person or by mail, or fax. If you need help filing a grievance, the Risk Officer is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail: attn.: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, or phone 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Español (Spanish)</b><br>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-378-7526.      | <b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b><br>CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-378-7526.                                       |
| <b>繁體中文 (Chinese)</b><br>注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-503-378-7526                                                                                      | <b>Русский (Russian)</b><br>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-503-378-7526.                                        |
| <b>한국어 (Korean)</b><br>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-503-378-7526번으로 전화해 주십시오.                                                           | <b>Українська (Ukrainian)</b><br>УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-503-378-7526. |
| <b>日本語 (Japanese)</b><br>注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-503-378-7526 まで、お電話にてご連絡ください。                                                                  | <b>العربية (Arabic)</b><br>ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-503-378-7526.                                                |
| <b>Română (Romanian)</b><br>ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-503-378-7526. | <b>ខ្មែរ (Cambodian)</b><br>ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-503-378-7526 ។                                  |
| <b>Oromiffa (Oromo)</b><br>XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-503-378-7526.    | <b>Deutsch (German)</b><br>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-503-378-7526.                   |
| <b>فارسی (Farsi)</b><br>توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد 1-503-378-7526-فراموشی نباشد.                 | <b>Français (French)</b><br>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-503-378-7526.                       |
| <b>ภาษาไทย (Thai)</b><br>เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-503-378-7526.                                                |                                                                                                                                                                                     |