

Дата вступления в силу		Автор	
---------------------------	--	-------	--

Общие сведения

Разрешение на раскрытие защищенной медицинской информации

Подписывая эту форму ниже, я даю разрешение на раскрытие моей защищенной медицинской информации одному или нескольким лицам для целей, указанных в этой форме. Если я согласен(на), я понимаю, что это может включать информацию о любом лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которое я проходил(а).

Разглашать/получать от

Имя или другая конкретная идентификация лица (лиц), уполномоченного(ых) получать/делать запрашиваемое использование или раскрытие:

☐ Организация/поставщик услуг ☐ Личная контактная информация Тип: ☐ Разрешение для ☐ Получать от

Разрешение для/от				
Тип контакта (отметьте один)	☐ Организация/поставщик услуг ☐ Личная контактная информация			
Организация				
Имя				
Адрес				
Город		Штат		Почтовый индекс
Телефон		Номер факса		

Цель раскрытия информации

☐ Процесс рассмотрения страховых претензий/ претензий третьих лиц	☐ Лечение/координация ухода ☐ Другое:
☐ Улучшение качества	

Срок действия

Если ничего не отмечено, срок действия разрешения истекает через один (1) год с даты подписания. Если вы хотите указать другую дату истечения срока действия, сделайте это, выбрав один из альтернативных вариантов ниже или используя поле «Дата окончания» ниже.

☐ Разовое раскрытие информации

☐ 6 месяцев

☐ Окончание работы агентства

Дата начала		Дата окончания	
-------------	--	----------------	--

Информация, подлежащая раскрытию

Тип ROI (отметьте один): ☐ Общие сведения ☐ MH ☐ SUD

☐ Все записи

☐ Информация о приеме/поступлении

☐ Резюме/план выписки

☐ Школьные записи/отчеты/IEP

☐ Заметки об успеваемости

☐ Подтверждение лечения

☐ Отчеты о психологической(их) оценке(ах)

☐ Обзор/резюме прогресса

☐ История болезни, результаты анализов, записи об иммунизации

☐ Окончание работы агентства

☐ Выписанные лекарства

☐ Скрининговая(ые) оценка(и)

☐ План(ы) лечения

Ограничения

Условия

Я понимаю

- В соответствии с государственными и федеральными положениями о конфиденциальности может быть раскрыта только указанная информация.
- Получатель(и) моей информации может(гут) раскрыть ее другим лицам. Я понимаю, что в некоторых случаях после раскрытия моя информация может перестать подпадать под действие закона о конфиденциальности.
- Я могу отозвать данное разрешение в любое время, но отзыв не будет распространяться на информацию, которая уже была раскрыта ранее.
- Если не указано иное, срок действия данного разрешения истекает через один (1) год с момента подписания.
- Данное разрешение является добровольным, и отказ от его подписания не повлияет на мою способность получать медицинское обслуживание, медицинскую страховку или какие-либо государственные льготы. Мне было предоставлено право задавать вопросы и получать ответы, касающиеся этого документа.
- Я имею право на копию этой формы.

Подпись за ребенка. Я понимаю, что если я подписываю эту форму от имени несовершеннолетнего, я должен указать свое имя в качестве «законного представителя» моего ребенка и подписать эту форму. Если моему ребенку 12 лет или больше, мой ребенок также должен поставить свою подпись.

Подписывая, я разрешаю раскрытие информации, как описано выше.

Контактная информация агентства

Программа					
Внимание					
Адрес					
Город		Штат		Почтовый индекс	
Телефон					

Другое

Копия выдана клиенту? ☐ Да ☐ Отказался от копии

Сотрудники агентства: _____

Документ, подтверждающий личность: ☐ Водительские права ☐ Другое удостоверение личности с фотографией
☐ Известно агентству

Информация о ВИЧ/СПИДе и лечении от злоупотребления психоактивными веществами

Информация о ВИЧ/СПИДе и лечении от злоупотребления психоактивными веществами не будет разглашаться без вашего особого разрешения. Разрешаете ли вы предоставлять эту информацию лицу/организации, указанным выше?

Злоупотребление алкоголем/наркотиками:
☐ Я разрешаю предоставлять информацию, связанную с направлением и/или лечением от алкоголизма и наркомании.
☐ Я **ЗАПРЕЩАЮ** разглашение информации, связанной с направлением к специалисту и/или лечением от алкоголизма и наркомании.

ВИЧ/СПИД/заболевания, передающиеся половым путем/инфекционные заболевания
☐ Я разрешаю разглашать информацию, касающуюся ВИЧ/СПИДа/заболеваний, передающихся половым путем/инфекционных заболеваний.
☐ Я **ЗАПРЕЩАЮ** разглашение информации, касающейся ВИЧ/СПИДа/заболеваний, передающихся половым путем/инфекционных заболеваний.

Подпись клиента		Дата	
Имя клиента печатными буквами			

Подпись родителя/опекуна		Дата	
Фамилия родителя/опекуна печатными буквами			

Подпись сотрудника		Дата	
Имя сотрудника печатными буквами			