

Незаполненная форма

ОКРУГ ЛОС-АНДЖЕЛЕСА, ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ОХРАНЯЕМОЙ ЗАКОНОМ
ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Клиент:

 Ф.И.О. клиента/Предыдущие Ф.И.О. (в случае смены)

 Дата рождения

 Номер клиента

 Ф.И.О. законного представителя (если применимо)

 Адрес с улицей

 Город, штат, почтовый индекс
РАЗРЕШАЕТ:

**ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЛИ РАСКРЫВАТЬ ОХРАНЯЕМУЮ
 ЗАКОНОМ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ
 НИЖЕУКАЗАННОМУ ЛИЦУ:**

 Наименование агентства

 Наименование мед.учреждения /Иное

 Адрес с улицей

 Адрес с улицей

 Город, штат, почтовый индекс

 Город, штат, почтовый индекс
ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДНАЗНАЧЕННАЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ:
 Оценка состояния
 Результаты психологических тестов
 Диагноз

 Результаты лабораторных исследований
 Медицинская история/Текущее лечение
 Лечение

 Полная история болезни (Обосновать): _____

 Другое (Уточнить): _____

ПРИМЕЧАНИЕ: Отчеты могут включать информацию, связанную с употреблением алкоголя или наркотиков, а также с ВИЧ / СПИДом. Однако, информация о лечении от наркомании и алкоголизма или результаты теста на ВИЧ не будут раскрыты, если иное не будет специально затребовано.

Отметьте то, что требуется:
 Данные о наркомании и алкоголизме
 Результаты теста на ВИЧ

Способ предоставления запрашиваемых записей:

 Почта
 Лично в руки
 Через электронное устройство (диск, флешка)

ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ: (Отметьте подходящую категорию)

 По просьбе клиента

 Другое (Уточнить): _____

Получит ли агентство какую-либо выгоду от использования или раскрытия информации? Да Нет

Я понимаю, что моя охраняемая законом информация о состоянии здоровья, которая будет использована или раскрыта в соответствии с настоящим Разрешением, в дальнейшем не будет подпадать под защиту федерального закона, т.е. может быть использована или раскрыта получателем без моего разрешения. Я также понимаю, что как только моя информация будет впервые использована или раскрыта, такую информацию нельзя будет в дальнейшем вернуть под охрану.

ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ: данное Разрешение действует до _____ / _____ / _____.
 Месяц число год

ОКРУГ ЛОС-АНДЖЕЛЕСА, ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ОХРАНЯЕМОЙ ЗАКОНОМ ИНФОРМАЦИИ
О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ НАСТОЯЩЕГО РАЗРЕШЕНИЯ:**

Право на получение копии Разрешения - Я понимаю, что, если я соглашусь подписать настоящее Разрешение, чего я не обязан(-а) делать, мне должны предоставить подписанную копию формы.

Право на отмену Разрешения - я понимаю, что я имею право отозвать настоящее Разрешение в любое время, уведомив LACDMH (Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес) в письменной форме. Я могу использовать Отзыв Разрешения, расположенный в нижней части настоящей формы, и отправить по почте или доставить отзыв лично:

 Контактное лицо

 Наименование агентства

 Адрес

 Город, штат, почтовый индекс

Я также понимаю, что отзыв Разрешения не повлияет на возможность Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес или любого другого учреждения здравоохранения использовать или раскрывать информацию о состоянии здоровья по причинам, связанным с предыдущим использованием настоящего Разрешения, или по иным причинам, обусловленным законом.

Условие: Я понимаю, что могу отказаться подписывать настоящее Разрешение, что не повлияет на мою возможность получить лечение. Однако, Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес может поставить оказание медицинской помощи, связанную с научно-исследовательской целью, в зависимости от наличия разрешения на использование и раскрытие охраняемой законом информации о состоянии здоровья, созданной для оказания такой медицинской помощи, связанной с научно-исследовательской целью. (Другими словами, если настоящее Разрешение имеет отношение к исследованию, которое включает в себя лечение, то Вам не будет проведено лечение до тех пор, пока Вы не подпишите настоящую форму Разрешения.)

Я имел возможность ознакомиться и понять содержание настоящей формы Разрешения. Подписав настоящее Разрешение, я подтверждаю, что оно точно отражает мои пожелания.

 X

 X

 Подпись клиента/законного представителя

 Дата

Если форму подписывает лицо, действующее от имени клиента, то необходимо указать полномочия такого лица и родство с клиентом:

 X
ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

 Ф.И.О. Клиента

 Подпись Клиента/Законного представителя

 Дата

Если форму подписывает лицо, действующее от имени клиента, то необходимо указать Ф.И.О., полномочия такого лица и родство с клиентом:

Ф.И.О. печатными буквами: _____

Родство и полномочия: _____