

**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: \_\_\_\_\_