

ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОКРУГА ЛОС-АНДЖЕЛЕС (LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

КЛИЕНТ:

Имя и фамилия/предыдущие имя и фамилия клиента

Дата рождения

Номер клиента

Имя и фамилия официального представителя (при наличии)

Адрес, улица

Город, штат, почтовый индекс

ДАЕТ:

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ ЛИЦ И ОРГАНИЗАЦИЙ

Название организации

Название поставщика медицинских услуг/другое

Адрес, улица

Адрес, улица

Город, штат, почтовый индекс

Город, штат, почтовый индекс

ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ БУДЕТ РАСКРЫТА:

Результаты оценки/обследования

Результаты психологического тестирования

Диагностика

Результаты лабораторных исследований

Лекарственные средства Заметки о лечении/прогносте

Все данные медицинской карты

Другое (укажите): _____

ПРИМЕЧАНИЕ. Информация об употреблении психоактивных веществ или алкоголя, наличия ВИЧ/СПИДа и/или информация о репродуктивном или сексуальном здоровье НЕ будет раскрыта, если на это не дано специальное разрешение путем установки следующих флажков:

Употребление алкоголя

Употребление психоактивных веществ

ВИЧ/СПИД

Аборт

Репродуктивное здоровье

ДАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Я разрешаю раскрывать данные за следующий период: с _____ по _____

Способ доставки запрошенных данных:

мм/дд/гггг

мм/дд/гггг

Почтой

Забрать лично

Электронное письмо по адресу: _____

ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛИ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ: (Отметьте соответствующую категорию)

Клиент Запрос

Другое (укажите): _____

Я понимаю, что любое раскрытие защищенной медицинской информации влечет за собой возможность несанкционированного повторного раскрытия, и такая информация может быть не защищена федеральными правилами об обеспечении конфиденциальности. Однако я понимаю, что в соответствии с законодательством штата Калифорния получателю защищенной медицинской информации согласно настоящему разрешению запрещается ее повторное раскрытие за исключением случаев, когда имеется письменное разрешение или это требуется в специальных целях или разрешено законом. Я также понимаю, что после того, как моя информация будет использована или раскрыта, ее невозможно будет отозвать.

ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ:

Если иное не затребовано пациентом, срок действия настоящего разрешения на предоставление медицинской информации вышеупомянутому лицу/организации **автоматически истекает через 1 год** с даты его подписания, в указанную ниже дату или при наступлении указанного ниже события, в зависимости от того, что наступит раньше.

Данное Разрешение действует до _____ / _____ / _____ или _____
Месяц День Год Событие

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ:

Право на получение копии разрешения. Я понимаю, что если я согласился(-ась) подписать это разрешение, чего я не обязан(-а) делать, мне должна быть предоставлена копия подписанного разрешения.

Право на отзыв разрешения. Я понимаю, что имею право отозвать данное разрешение в любое время, уведомив об этом LACDMH в письменной форме. Я могу заполнить «Отзыв разрешения», приведенный в нижней части этой формы, и отправить его по почте или доставить по адресу:

Контактное лицо	Название организации
Адрес	Город, штат, почтовый индекс

Я также понимаю, что отзыв разрешения не повлияет на способность LACDMH или любого поставщика медицинских услуг использовать или раскрывать медицинскую информацию по причинам, связанным с предыдущим использованием настоящего Разрешения или иным разрешенным законом образом.

Условия: Я понимаю, что могу отказаться подписать настоящее Разрешение, что не повлияет на возможность получать лечение. Однако LACDMH может обусловить предоставление лечения, связанного с исследованиями, получением Разрешения на использование или раскрытие защищенной медицинской информации, которое было разработано для такого лечения, связанного с исследованиями. (Таким образом, если это Разрешение связано с исследованиями, включая лечение, вы не получите это лечение, пока не подпишете указанную форму Разрешения.)

У меня была возможность просмотреть и понять содержание данного Разрешения. Подписывая настоящее Разрешение, я подтверждаю, что оно точно отражает мои пожелания.

X	X
Подпись клиента/официального представителя	Дата

Если документ подписан представителем клиента, укажите степень родства и полномочия этого человека.

x _____

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Имя и фамилия клиента	
Подпись клиента/официального представителя	Дата

Если документ подписан представителем клиента, укажите имя и фамилию, степень родства и полномочия этого человека.

Имя и фамилия (печатными буквами) _____

Степень родства и полномочия: _____