

# ЗАПРОС КЛИЕНТА НА ДОСТУП/ПРОВЕРКУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

## ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОКРУГА ЛОС-АНДЖЕЛЕС (LACDMH)

**КЛИЕНТ:**

---

Имя и фамилия клиента

Дата рождения клиента

Идентификационный  
номер клиента

---

Улица и номер дома

Город, штат, почтовый индекс

- ЗАПРОС НА ДОСТУП И ПРОВЕРКУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ,  
«НА МЕСТЕ»**
- ЗАПРОС НА ОТПРАВКУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ ПО  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ**
- ЗАПРОС НА ОТПРАВКУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ ПО ПОЧТЕ**
- ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПЕЧАТНЫХ КОПИЙ ПО АДРЕСУ:**

**ИНФОРМАЦИЯ, К КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП ИЛИ ПРОВЕРИТЬ:**

Обследование/оценка  
состояния здоровья

Результаты психологического  
тестирования

Диагноз

Результаты лабораторных  
исследований

Назначенные препараты

Заметки о ходе  
лечения/прогрессе

Все данные медицинской  
карты

Другое (укажите): \_\_\_\_\_

Запрос всех программ обслуживания

Запрос конкретной программы обслуживания

(укажите) \_\_\_\_\_

**ПЕРИОД ПРОВЕРКИ:** Я запрашиваю информацию за следующий период времени:

С \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ПО \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Месяц День Год      Месяц День Год

**ЗАПРОС НА ОБЗОР ЗАПРОШЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

## **ЗАПРОС КЛИЕНТА НА ДОСТУП/ПРОВЕРКУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОКРУГА ЛОС-АНДЖЕЛЕС (LACDMH)

### **ВАШИ ПРАВА ОТНОСИТЕЛЬНО ДАННОГО ЗАПРОСА НА ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ:**

**Право на получение копии данного запроса.** Я понимаю, что мне должна быть предоставлена копия подписанной формы.

**Право подать запрос на пересмотр решения об отказе в доступе к информации.** Я понимаю, что Департамент психического здоровья (DMH) может отклонить мой запрос на доступ к информации о состоянии моего здоровья полностью или частично. Если мне будет отказано в доступе к информации, я могу потребовать пересмотра соответствующего решения, отправив *Запрос на пересмотр решения об отказе в доступе*. Затем в большинстве случаев Департамент психического здоровья (DMH) назначит другого медицинского работника, который не принимал непосредственного участия в принятии решения об отказе в доступе к информации, для повторного рассмотрения вашего запроса.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА: \_\_\_\_\_

ИЛИ

ПОДПИСЬ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА:

---

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

---

ДАТА: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Месяц День Год

Дата пересмотра: 2/25

# ЗАПРОС КЛИЕНТА НА ДОСТУП/ПРОВЕРКУ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

## ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОКРУГА ЛОС-АНДЖЕЛЕС (LACDMH)

### ПРЕДОСТАВЛЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЕ ЛИЧНОСТЬ:

- Водительское удостоверение штата \_\_\_\_\_
- Удостоверение личности, выданное штатом \_\_\_\_\_
- Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_
- Военный билет \_\_\_\_\_
- Другое (поясните) \_\_\_\_\_

Учреждение: \_\_\_\_\_

ПРАКТИКУЮЩИЙ СПЕЦИАЛИСТ: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Месяц      День      Год

Для получения дополнительной информации о ваших правах на конфиденциальность медицинских данных обратитесь к команде медицинских специалистов за копией нашего **Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации**. Вы также можете получить копию, посетив наш веб-сайт <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> или отправив письменный запрос по адресу:

Office of Patient's Rights  
Los Angeles County Department of Mental Health  
510 S. Vermont Ave., 21st Floor  
Los Angeles, CA 90020

Телефон: (800) 700-9996    Факс: (213) 330-0285

Благодарим вас за возможность оказать вам поддержку и способствовать предоставлению более точной и полной информации о вашем состоянии здоровья. Мы будем рады дальнейшему сотрудничеству с вами в области медицинских услуг.