

**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.

Дата пересмотра: 2/25