



**РАЗРЕШЕНИЕ НА
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ
РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

**ПРИМЕЧАНИЕ. ЧТОБЫ РАЗРЕШЕНИЕ БЫЛО
ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ, НЕОБХОДИМО
ЗАПОЛНИТЬ ВСЕ ПРОНУМЕРОВАННЫЕ
ПУНКТЫ.**

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ/ПАЦИЕНТЕ

Имя и фамилия клиента/пациента:

Другие используемые имена:

Дата рождения: _____ Номер социального страхования (Social Security Number, SSN) (последние 4 цифры): _____

Адрес:

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

**ЧАСТЬ 2. КОМУ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ (HEALTH CARE AGENCY) МОЖЕТ
РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ:**

☐ **СЕБЕ / ЛИЦУ, УКАЗАННОМУ
ВЫШЕ**

(если совпадает с лицом, указанным
выше, оставить поле пустым)

Имя и фамилия лица или название организации:

Адрес:

Номер телефона с кодом города: _____

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

ИНФОРМАЦИИ: (Выберите один вариант)

☐ По почте

☐ Лично

☐ По электронной
почте

ЧАСТЬ 3. ЦЕЛЬ НАСТОЯЩЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

☐ Запрос клиента/пациента ☐ Непрерывность оказания медицинской помощи ☐ Прочее:

ЧАСТЬ 4. ИНФОРМАЦИЯ, ПОДЛЕЖАЩАЯ РАСКРЫТИЮ

Выберите один вариант: ☐ Медицинская карта ☐ Краткая информация о лечении (письмо)

Медицинские учреждения/клиники, где были оказаны услуги: _____

С какого периода: _____

По какой период: _____

☐ Состояние здоровья
членов семьи

☐ Лечение
венерических
заболеваний

☐ Прививки

☐ Выставление счетов

☐ Рентгенологическое
заключение/снимки

☐ Сведения о
заболеваниях
дыхательной
системы /
туберкулезе

☐ Здоровье
детей

☐ Сведения для
Калифорнийской
программы медицинской
помощи детям (California
Children's Services, CCS)

☐ Сведения по специальной
программе для женщин,
младенцев и детей из
семей с недостаточным
доходом (Women, Infants,
and Children, WIC)

☐ Стоматологическая
помощь

☐ Прочее:

Для раскрытия следующих категорий конфиденциальной информации необходимо **ОБЯЗАТЕЛЬНО** указать **ИНИЦИАЛЫ** и **ДИАПАЗОН ДАТ** в **ЖЕЛТЫХ ПОЛЯХ** ниже:

ИНИЦИАЛЫ

Сведения об алкогольной или наркотической зависимости**

С какого периода: _____ По какой период: _____

****Сведения об алкогольной и наркотической зависимости: согласно части 2 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulation, CFR), несанкционированное раскрытие этой информации запрещено.**

ИНИЦИАЛЫ

Данные о психическом здоровье

С какого периода: _____ По какой период: _____

ИНИЦИАЛЫ

Информация о тестировании на ВИЧ/СПИД и его результатах

С какого периода: _____ По какой период: _____

ЧАСТЬ 5. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА/ПАЦИЕНТА И ДАТА

Мною прочитано содержание этой формы. Я понимаю, соглашаюсь и даю разрешение округу Ориндж использовать и раскрывать мою информацию, как указано мною выше. Кроме того, я понимаю, что подписание данной формы является добровольным и лечение, оплата, а также право на получение льгот не зависят от моего отказа подписать данное разрешение. Я имею право отозвать настоящее разрешение в любое время, направив соответствующее уведомление сотруднику, отвечающему за хранение документации (Custodian of Records). Отзыв не повлияет на раскрытие информации, если сотрудник, отвечающий за хранение документации, уже предпринял действия на основании настоящего разрешения. Дополнительную информацию об отзыве разрешения можно найти в Уведомлении о порядке использования личной информации (Notice of Privacy Practices). Информация, раскрытая в соответствии с настоящим разрешением, может быть повторно раскрыта получателем; причем на такое повторное раскрытие информации могут не распространяться федеральные законы о защите конфиденциальности (закон «О преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения» [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]). В соответствии с применимыми законами штата или другими федеральными законами, перед повторным раскрытием информации от получателя может потребоваться ваше письменное разрешение, если иное не предусмотрено такими законами. Я имею право получить копию настоящей формы. За выполнение некоторых запросов может взиматься плата. Копия настоящего разрешения имеет ту же юридическую силу, что и его оригинал. Срок действия настоящего разрешения истекает после выполнения данного запроса.

ПОДПИСЬ: _____

ДАТА: _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ): _____

*** Если заявитель не является клиентом, укажите полное имя и подпись опекуна, попечителя или личного представителя ***

*** НЕОБХОДИМО ПРЕДЪЯВИТЬ ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ**

ПРОСЬБА ВЕРНУТЬ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПО АДРЕСУ: COR@ochca.com

HCA Custodian of Records 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701

Телефон: 714-834-3536 Веб-сайт: <http://ochealthinfo.com/records>