



1860 Howe Ave, Suite 455
Sacramento, CA 95825
Phone: (916) 454-2345
Fax: (916) 457-2667
www.elicahealth.org

Разрешение на предоставление или раскрытие интегрированной информации о здоровье

MRN: _____
Office Use Only

Информация о пациенте

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: (месяц/число/год) _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip код: _____

Телефон: _____

Email: _____

Вы зарегистрированы на Портале для пациентов? (обведите): ДА / НЕТ

Получатель информации о здоровье

Настоящим я разрешаю сотрудникам и поставщикам медицинских услуг Elica Health Centers:

Сообщить

Запросить

Персона/Организация: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат _____ Zip код: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Email: _____

Способ доставки: Почта Факс Из рук в руки Защищенный Email

Цель раскрытия информации

Цель раскрытия информации о моем здоровье:

Координация ухода Юридическое/медицинское расследование Счета/платежи

Личное использование Другое (Поясните): _____

Информация, подлежащая раскрытию

Я разрешаю раскрыть следующую информацию:

Вся медицинская информация и записи, в том числе медицинская и стоматологическая документация, результаты лабораторных исследований, рентгенов, диагнозы, консультации, лечение, рецепты.

Даты: _____

ИЛИ

Только следующая информация (Поясните): _____



1860 Howe Ave, Suite 455
Sacramento, CA 95825
Phone: (916) 454-2345
Fax: (916) 457-2667
www.elicahealth.org

Информация, подлежащая раскрытию

Я разрешаю раскрывать следующую **особо защищенную медицинскую информацию (42 C.F.R. 2.34 & 2.35; CA HSC 120980 & 124800)** [проверить и проставить инициалы]:

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Лечение поведенческого здоровья (не включая психотерапевтические заметки) | Инициалы: _____ |
| <input type="checkbox"/> Результаты тестов HIV/AIDS | Инициалы: _____ |
| <input type="checkbox"/> Результаты генетического тестирования | Инициалы: _____ |
| <input type="checkbox"/> Сексуально-трансмиссивные или другие инфекционные заболевания | Инициалы: _____ |
| <input type="checkbox"/> Записи о лечении алкогольной/наркотической зависимости | Инициалы: _____ |
| <input type="checkbox"/> Платежные документы | Инициалы: _____ |

Истечение срока действия и Отзыв разрешения

Настоящее Разрешение истекает ____ / ____ / _____ (если дата не указана, то данное Разрешение действительно через один (1) год со дня моей подписи ниже).

Я могу отказать в подписании данного Разрешения, что не повлияет на мое лечение или оплату медицинского обслуживания.

Я могу отозвать данное Разрешение в любое время до того, как информация, которую я запросил, будет передана, направив письменное уведомление об отзыве, как указано в Уведомлении о правилах конфиденциальности.

Подпись

Я понимаю, что:

- Подписывая данную форму, я разрешаю использовать/раскрывать медицинскую информацию, как указано выше.
- Я понимаю, что моя комплексная медицинская информация является конфиденциальной и не может быть раскрыта без моего письменного согласия, если только иное не разрешено или не требуется по закону.
- Если на полученную часть не распространяется действие законов о конфиденциальности меддокументации, получатель может заново раскрыть информацию, и она больше не подлежит защите в соответствии с законодательством. Медицинские центры Elica не несут ответственности за последствия повторного раскрытия.
- Elica Health Centers не будут использовать/передавать мою медицинскую информацию без моего ведома.
- Мне будет предоставлена копия этой подписанной формы.
- Elica Health Centers могут взимать административный сбор для покрытия расходов на оплату труда, копирование и почтовые расходы. Отдел медицинской информации проинформирует меня о любых сборах и организует оплату.
- Обработка этого запроса может занять до 15 дней или в соответствии с требованиями закона.
- Данная форма соответствует требованиям 45 C.F.R. 164.508(c), CA HSC 123111(a), & Civil CA Code §56.11.
- У меня была возможность ознакомиться и понять содержание формы авторизации. Подписывая это Разрешение, я подтверждаю, что оно точно отражает мои пожелания.

Подпись пациента/представителя

Дата

Если пациент является несовершеннолетним/не может подписать, а вы являетесь родителем, опекуном или представителем, подписывающим документ от имени пациента, пожалуйста заполните следующие поля:

Имя печатными буквами

Отношение к пациенту