

Централизованный отдел медицинской документации

121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803 | Телефон офиса: (828) 771-5489 | Факс: (828) 407-2637

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ РАЗДЕЛЫ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИШИТЕ

Имя пациента: _____ Дата рождения: _____	
Я разрешаю использовать или раскрывать информацию о состоянии здоровья вышеуказанного лица следующим образом:	
Сторона, раскрывающая информацию:	Сторона, получающая информацию:
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ:	Централизованный отдел медицинской документации МАНЕС <input type="checkbox"/> Общественная аптека <input type="checkbox"/> Семейная медицина <input type="checkbox"/> Акушерство и гинекология <input type="checkbox"/> Отделение терапии <input type="checkbox"/> Стоматология <input type="checkbox"/> Психиатрия
АДРЕС:	121 Hendersonville Road
ГОРОД/ШТАТ:	Asheville, NC 28803
ТЕЛЕФОН: _____ ФАКС: _____	
Цель или причина раскрытия информации:	
<p>Я понимаю, что предоставляемая информация может включать: конфиденциальную информацию, касающуюся поведения и/или психического здоровья, употребления наркотических веществ и алкоголя (включая документацию, составленную в рамках медицинской программы по диагностике, лечению или предоставлению направления на лечение алкоголизма или наркомании, согласно Титулу 42 Свода федеральных нормативных актов, Часть 2), изнасилования, жестокого обращения (сексуальное или физическое насилие, жестокое обращение с пожилыми людьми, супругом и т.д.), аборта, заболеваний, передающихся половым путем, таких как ВИЧ/СПИД, и других инфекционных заболеваний, а также генетического тестирования.</p> <p>Информация, подлежащая раскрытию (отметьте соответствующие поля):</p> <p><input type="checkbox"/> Стандартная выписка (записи за последние 3 года, результаты анализов/рентгенографии, список лекарств, список аллергий, карта вакцинации, записи о консультациях)</p> <p><input type="checkbox"/> Только информация, связанная с (указать): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Только информация за период с: _____ по _____</p> <p><input type="checkbox"/> Вся медицинская карта</p> <p><input type="checkbox"/> Исключения</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ Результаты анализов на СПИД/ВИЧ, диагноз, лечение и сопутствующая информация ___ Результаты тестов на наличие наркотиков, информация об употреблении наркотиков и алкоголя и лечении ___ Записи о психическом здоровье ___ Генетическое тестирование <p>Я понимаю, что срок действия данного разрешения истекает через 90 дней с даты его подписания, если я не укажу ниже иную дату или событие, подразумевающее истечение срока действия. _____</p> <p>Я понимаю, что могу отозвать данное разрешение в любое время, отправив соответствующее письменное уведомление уполномоченному МАНЕС по вопросам конфиденциальности (МАНЕС Privacy Officer, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803), и данное разрешение утратит силу с даты уведомления, за исключением случаев, когда на его основании уже были предприняты определенные действия. Я понимаю, что информация, использованная или раскрытая в соответствии с данным разрешением, может быть повторно разглашена получателем и, возможно, утратит защиту со стороны федерального законодательства или законодательства штата.</p> <p>Я понимаю, что МАНЕС не будет ставить лечение или право на получение медицинской помощи в зависимость от того, подпишу ли я настоящее разрешение, за исключением случаев, когда такая помощь: (1) связана с научными исследованиями или (2) предоставляется исключительно с целью создания защищенной медицинской информации для раскрытия третьей стороне.</p> <p>Подписываясь ниже, я подтверждаю факт ознакомления и понимание условий настоящего разрешения.</p>	
ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО (укажите отношение к пациенту)	ДАТА
ЛИЦО, ЗАВЕРЯЮЩЕЕ ПОДПИСЬ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	ДАТА

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПОСЛЕ ЕГО ПОДПИСАНИЯ.