



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

*** ПРОЧТИТЕ И ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПУНКТЫ ***

Используйте Форму No 14014 для
предоставления разрешения на раскрытие медицинской документации о лечении
расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Имя пациента: _____ Псевдоним/прежнее имя: _____

Дата рождения: _____ Последние 4 цифры номера социального страхования: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____ Улица _____ Город/Поселок _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Я даю разрешение на использование/раскрытие информации о моем здоровье, как описано ниже:

Получить от: _____ (Какой больницы/клиники/услуги) ☐ Получить от
☐ Раскрыть для: _____ (Выдать в какую организацию/клинику/кому)

Номер телефона: _____ Номер телефона: _____

Номер телефона: _____ Номер телефона: _____

Номер факса: _____ Номер факса: _____

Электронная почта: _____

Предоставить следующую информацию из моей медицинской карты: От кого: _____ Кому: _____
(Укажите даты получения услуг)

☐ Выписка из медицинской карты больницы и/или медицинской группы:

Анамнез и физический осмотр, записи врача отделения неотложной помощи, справка о выписке из больницы, отчеты о консультациях, справки о психическом здоровье, отчеты об операциях и процедурах, записи о посещениях врача, психиатрические и/или психологические заключения, лабораторные отчеты, отчеты о визуализации и любые другие диагностические исследования и т. д.

☐ Результаты диагностических тестов (пожалуйста, укажите): _____

☐ Изображения (выберите один формат): ☐ CD и отчеты ☐ Только отчеты

☐ Платежные документы

☐ Полная медицинская карта или другая информация (пожалуйста, укажите): _____

Цель:

☐ Дальнейшее медицинское обслуживание ☐ Личное ☐ Страхование ☐ Юридические услуги ☐ Прочее: _____

Я хотел(а) бы, чтобы получатель, указанный выше в разделе «Раскрыть для», получил эту информацию следующим способом (выберите один из вариантов):

☐ В бумажном виде ☐ На CD ☐ По факсу ☐ По электронной почте

- Уведомление по электронной почте будет отправлено с инструкциями по извлечению запрошенных записей с защищенного портала. Эти записи будут доступны только в виде PDF-документов на защищенном портале в течение 30 дней с даты уведомления о доступности, полученного по электронной почте.

Настоящее разрешение включает в себя раскрытие любых записей, определенных ниже, если я не отмечу, что такие записи НЕ подлежат раскрытию. Отметка или отсутствие отметки в поле не является показателем наличия такой информации. Документы, НЕ подлежащие раскрытию: ☐ Услуги в области поведенческого/психического здоровья

Я понимаю, что записи, которые я выбрал(а) для раскрытия, могут содержать информацию о лечении и обследованиях в отношении генетики, поведенческого здоровья, ВИЧ/СПИДа, репродуктивного здоровья и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (например, из посещений первичной медико-санитарной помощи), и что, подписывая это разрешение, я даю согласие на предоставление такой информации. Я могу выбрать и иметь право на передачу моих записей непосредственно мне, чтобы я мог(ла) просматривать и изучать материалы, в том числе на предмет конфиденциальной информации, которую я не желаю раскрывать третьим лицам.



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

Я понимаю следующее:

- За копии моей медицинской карты может взиматься плата в связи с процедурными и регламентированными шагами, связанными с процессом раскрытия информации. Все сборы регулируются законодательством штата и федеральным законодательством и ежегодно обновляются Законодательным собранием штата Пенсильвания.
- Я могу отказаться подписать это разрешение, и мой отказ от подписания не повлияет на мою возможность получать лечение. Я могу проверять или копировать любую информацию, используемую/раскрываемую в соответствии с этим разрешением.
- Информация, раскрытая в соответствии с этим разрешением, может быть повторно раскрыта получателем и больше не будет защищена в соответствии с условиями настоящего разрешения. Тем не менее, некоторые защищенные записи не могут быть повторно раскрыты в соответствии с законами и нормативными актами штата Пенсильвания и/или федеральными правилами конфиденциальности.
- Я могу отозвать это разрешение в любое время. Если я решу отозвать это разрешение, я должен (должна) представить свое письменное заявление об отзыве в Отдел управления медицинской информацией – Отдел раскрытия информации. Я понимаю, что отзыв разрешения не будет распространяться на информацию, которая уже была раскрыта в соответствии с данным разрешением.
- Этот документ разрешает раскрытие информации, внесенной в мою медицинскую карту, до или в течение 12 месяцев после даты моей подписи. Срок действия этого разрешения истекает через 12 месяцев с даты подписания.
- Это разрешение не будет принято, если оно не будет заполнено полностью. Копия этой формы будет принята взамен оригинала.

Моя подпись подтверждает, что я или мой представитель получили копию этого документа, что я прочитал(а) и понял(а) содержание этого разрешения, а также добровольно согласен (согласна) на раскрытие информации.

Подпись пациента/представителя *

Дата

Имя и фамилия представителя и отношение к пациенту *

Подпись свидетеля

Дата

Имя свидетеля печатными буквами

* Личный представитель – это лицо, в соответствии с действующим законодательством, имеющее полномочия действовать от имени пациента или умершего лица. **Может потребоваться юридическая документация.**

To comply with the PA Mental Health Procedures Act:

THIS PORTION TO BE COMPLETED WHEN A PATIENT/REPRESENTATIVE IS PHYSICALLY UNABLE TO PROVIDE A SIGNATURE:

We, the undersigned, do verify that the above Authorization has been read to the patient and that he/she understands the nature of the release and freely gives his/her verbal consent for the release of the above information.

Verbal consent requires the signatures of two witnesses:

Signature of Witness

Date

Print Name of Witness

Signature of Witness

Date

Print Name of Witness

ОТПРАВЬТЕ ЭТУ ФОРМУ ПО ПОЧТЕ ИЛИ ФАКСУ ПО АДРЕСУ:

WellSpan Health

Health Information Management – Release of Information

1135 Edgar Street, Suite 101

York, PA 17403

Факс: (717) 812-8119

Электронная почта: PatientRequests@wellspan.org

***** ВАЖНО: Отправьте копии медицинских карт непосредственно запрашивающей клинике или врачу. *****

Запросы на получение медицинской информации и счета обрабатываются: MRO CORPORATION (610) 994-7500 Вариант 1

