

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)



***** ПРОЧТИТЕ И ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПУНКТЫ *****

Используйте Форму 14014 для

Разрешения раскрытия записей 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 разрешаю использование/раскрытие информации о моем здоровье, как описано ниже:

Получить от: _____ (Какой больницы/практики/услуги) Раскрыть для: _____ (Выдать в какую организацию/практику/кому)

Адрес: _____ Адрес: _____

Факс: _____ Телефон: _____

Факс: _____

Электронная почта: _____

Поделитесь следующей информацией из моей медицинской карты: _____
От кого: _____ Кому: _____
(Укажите даты получения услуг)

- Выписка из медицинской документации больницы и/или медицинской группы:**
Анамнез и физический осмотр, записи врача отделения неотложной помощи, выписки из больницы, отчеты о консультациях, справки о психическом здоровье, отчеты об операциях и процедурах, заметки о посещении офиса, психиатрические и/или психологические оценки, лабораторные отчеты, отчеты о визуализации и любые другие диагностические исследования и т. д.
- Результаты диагностических тестов (укажите):** _____
- Визуализация (выберите один формат):** CD и отчеты Только отчеты
- Выписки по счетам**
- Полная медицинская карта или другая информация (укажите):** _____

С целью: Дальнейшая медицинская помощь Личный Страхование Юридический Другой: _____

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

Бумага компакт-диск Факс Электронная почта

- 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.

Записи, НЕ подлежащие раскрытию: Услуги по лечению поведенческих/психических расстройств

Я понимаю, что записи, которые я выбрал(а) для раскрытия, могут содержать информацию о лечении и тестировании в отношении генетики, поведенческого здоровья, ВИЧ/СПИДа, охраны 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 хочу 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 и фамилия свидетеля

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

ДАННАЯ ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКИ НЕ МОЖЕТ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ:

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что вышеуказанное Разрешение было зачитано пациенту и что он/она понимает характер раскрытия информации и добровольно дает свое устное согласие на раскрытие вышеуказанной информации.

Устное согласие требует подписей двух свидетелей:

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 практике или врачу. *****

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

