

**РАЗРЕШЕНИЕ НА
РАЗГЛАШЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ ПАЦИЕНТА**

4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Факс: (707) 863-4415
www.partnershiphp.org

Redding Regional Office
3688 Avtech Parkway
Redding, CA 96002
Fax: 530-223-2508

СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

Имя и фамилия участника: _____

Дата рождения (мм/дд/год): _____

Прежнее имя: _____

Ид. №/СIN участника: _____

Я прошу и разрешаю _____ сообщить медицинскую информацию вышеназванного пациента следующему лицу:

ФИО: _____

Телефон: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

**СПОСОБ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМЫЕ
ВАРИАНТЫ)**

Телефон / вербально (№ телефона) _____ Почта США / лично
№ факса: _____

ДАННЫЙ ЗАПРОС И РАЗРЕШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА: (Инициал, если применимо)

_____ Копии записей или медицинская информация за период: с _____ по _____
_____ Вся медицинская информация (за исключением защищенных записей)
_____ Записи, относящиеся к определенному поставщику медицинских услуг: _____
_____ Медицинская информация, касающаяся определенного варианта терапии или состояния: _____
_____ Помощь в фармацевтических и медицинских вопросах
_____ Разрешение на замену основного лечащего врача
_____ Другое: _____

ОСОБОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЕННЫХ ЗАПИСЕЙ

Перечисленные далее сведения не должны разглашаться, если только вы не выразите на то свое согласие, поставив отметку рядом с пунктом ниже (определения каждого из этих пунктов приведены на стр. 3 данного документа):

_____ Сведения о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, диагностике и лечении таких состояний (42 C.F.R. §§2.34 и 2.35).
_____ Информация о диагностике или лечении психических заболеваний (Закон о социальном обеспечении штата Калифорния §§5328 и далее)
_____ Разглашение результатов анализов на ВИЧ / СПИД (Кодекс о здоровье и безопасности §120980(g)).

СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ (отметьте каждый пункт)

- _____ Если данное разрешение не было отозвано в иных случаях, срок его действия истекает (вставить дату).
- _____ Данное разрешение действительно до того момента, пока участник не сообщит РНС о его аннулировании.
- _____ Если дата окончания срока не указана, данное разрешение действительно в течение 90 дней с даты подписания данной формы.

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись (участник, родитель, опекун)

Дата

Кем приходится участнику
(родитель, опекун, доверительный
управляющий, представитель участника)

ПРИМЕЧАНИЕ

Partnership HealthPlan of California и прочие организации и частные лица, такие как врачи, больницы и планы медицинского страхования, по закону обязаны защищать конфиденциальность вашей медицинской информации. Если вы разрешили предоставить вашу медицинскую информацию кому-либо, кого закон не обязывает обеспечивать ее конфиденциальность, возможно, что на эти данные не будет распространяться действие федерального законодательства о защите конфиденциальности информации или аналогичных законов штата.

ВАШИ ПРАВА

Данное разрешение на разглашение медицинской информации является добровольным.

Лечение, оплата, зачисление в план страхования или оценка права на получение льгот не должны зависеть от подписания данного разрешения за исключением следующих случаев:

- (1) Осуществление лечения в рамках научного исследования
- (2) Получение информации в связи с соответствием критериям или зачислением в план медицинского страхования
- (3) Оценка обязательств организации по оплате иска
- (4) Создание медицинской информации для предоставления третьим лицам

Данное разрешение может быть в любое время отозвано и аннулировано. Отзыв разрешения должен быть выполнен в письменной форме с вашей подписью или подписью вашего представителя по делам пациентов и отправлен на следующий адрес:

Partnership HealthPlan of California (PHC) c/o
Member Services Department
4665 Business Center Drive Fairfield, CA
94534
Факс: (707) 863-4415

Partnership HealthPlan of California (PHC) c/o
Member Services Department
3688 Avtech Parkway
Redding, CA 96002
Факс: (530) 223-2508

Отзыв вступает в силу, когда РНС получит соответствующий документ. Однако ваш отзыв / аннулирование разрешения не повлияют на права лиц, действовавших на основании данного разрешения до получения уведомления о его отзыве / аннулировании.

Вы имеете право получить копию данного разрешения.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), согласно статье 17 Кодекса нормативных постановлений штата Калифорния § 2500, включают шанкроид, венерическую лимфогранулему, паховую гранулему, сифилис, гонорею, хламидию, воспалительное заболевание тазовых органов и негонококковый уретрит

ВИЧ / СПИД, согласно определению Кодекса о здоровье и безопасности § 120775, аббревиатура «СПИД» означает «синдром приобретенного иммунодефицита». ВИЧ означает «вирус иммунодефицита человека» или этиологический вирус СПИДа.

Лечение от алкогольной или наркотической зависимости, согласно определению в статье 22 CCR § 51341.1, включает программы лечения с применением наркотических средств, амбулаторное лечение без применения наркотических препаратов, семинары в рамках групповых консультаций, индивидуальные консультации, услуги пребывания в дневном стационаре, услуги лечения расстройств в связи с наркотической зависимостью с возможностью проживания в дородовой период, лечение с применением налтрексона.

Лечение психических расстройств, согласно определению в статье 9 CCR § 1830.205, включает общее расстройство развития, деструктивное поведение и нарушения, связанные с дефицитом внимания, расстройства, связанные с кормлением и приемом пищи, расстройства в связи с синдромом отмены, шизофрения и прочие психотические расстройства, аффективные расстройства, соматоформные нарушения, симулятивное расстройство, диссоциативные расстройства, половые извращения, нарушения половой самоидентификации, расстройства контроля над побуждениями, расстройство личности, двигательные расстройства на фоне приема препаратов.