

УСЛУГИ РАСШИРЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ (ЕСМ)

Разрешение на использование, обмен и/или раскрытие
 конфиденциальной медицинской и прочей личной информации

ЦЕЛЬ ДОКУМЕНТА

Поставщики медицинских услуг, страховые компании и агентства по оказанию социальной поддержки совместно предоставляют вам **Услуги расширенного управления медицинским обслуживанием (ЕСМ)**, чтобы помочь вам получать обслуживание, направленное на поддержания вашего здоровья и благополучия. Чтобы позволить Partnership HealthPlan of California (**Partnership**) и / или другим организациям делиться вашей медицинской и другой личной информацией друг с другом в рамках ЕСМ, вы должны дать на это соответствующее разрешение. Заполняя эту форму, вы даете разрешение на использование и раскрытие вашей медицинской и другой личной информации следующими организациями, участвующими в ЕСМ (**Организациям ЕСМ**): поставщикам медицинских услуг, например больницам, врачам и аптекам; Partnership и другим страховым планам медицинского обслуживания, которые управляют льготами Medi-Cal и оплачивают услуги, получаемые вами в рамках Medi-Cal; общественным организациям, которые должны соблюдать законы о неприкосновенности частной жизни в сфере здравоохранения; поставщикам услуг в школах, например медсестрам, социальным работникам и психологам; калифорнийским департаментам здравоохранения, социальным службам и агентствам по развитию; другим организациям на уровне округа, включая, помимо прочего, агентствам по охране психического здоровья; а также поставщикам услуг и кураторам в исправительных учреждениях, но исключительно в целях, перечисленных ниже. Ваше разрешение позволит организациям ЕСМ использовать и раскрывать вашу медицинскую и другую личную информацию в следующих целях (**Цели**): (a) предоставления, направления или оказания содействия в получении вами комплексных услуг по управлению обслуживанием, в том числе для координации услуг в области здравоохранения и оказания медицинской помощи, а также ведения пациентов («Услуг»); (b) определения, поддержки, координации, улучшения и организации оплаты предоставляемых вам услуг; и (c) помощи Partnership в повышении качества обслуживания посредством оценки, отчетности и управления общественным здоровьем. Информация может быть передана в безопасном электронном формате, в письменной форме или устно во время встреч для координации вашего обслуживания.

Сведения об участнике

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона: ()	Дата рождения:
Ид. №/СIN участника:	

Я разрешаю и прошу Partnership HealthPlan of California и организации ЕСМ, перечисленные в Приложении А, **использовать и передавать друг другу мою медицинскую или другую личную информацию в целях, указанных в настоящем Разрешении.**

Выберите ОДИН из следующих вариантов:	
<i>ИНИЦИАЛЫ</i>	<p>Согласие на коммуникацию в рамках ЕСМ: проставляя здесь свои инициалы, я разрешаю ВСЕМ организациям ЕСМ, перечисленным в Приложении А, использовать и передавать мою медицинскую и иную личную информацию, относящуюся к моей истории болезни, физическому и эмоциональному состоянию и получению социальных услуг, а также взаимодействовать друг с другом в целях предоставления мне услуг ЕСМ. Категории медицинской и другой конфиденциальной информации, которые я разрешаю передавать организациям ЕСМ, включают в себя:</p> <p>(а) Защищенная медицинская информация (РНИ), включая информацию о состоянии моего здоровья, истории болезни, результатах лабораторных анализов, текущих или будущих состояниях и лечении;</p> <p>(б) Информация о психическом здоровье, включая текущие и прошлые диагнозы и методы лечения моих психических расстройств, за исключением записей о проведенной психотерапии, которые передаются только в случае подписания мной отдельной формы;</p> <p>(с) Информация о прохождении индивидуальной образовательной программы и другая информация о социальных услугах, предоставляемых в школе;</p> <p>(d) Информация о праве на участие в программе Medi-Cal, которая включает в себя сведения о моем доходе и другие демографические и географические сведения, относящиеся к моему праву на получение услуги и льгот;</p> <p>(е) Информация о наличии или отсутствии жилья, в том числе мой жилищный статус, история и получаемая помощь; и</p> <p>(f) Ограниченная информация об уголовном преследовании, в том числе данные о бронировании, дата и место заключения, а также мой надзорный статус. Данное согласие не распространяется на мою судимость, предъявленные обвинения и иммиграционный статус.</p>
<i>ИНИЦИАЛЫ</i>	<p>Отказ от участия в ЕСМ: Я понимаю, что программа ЕСМ позволяет партнерским организациям взаимодействовать друг с другом в целях координации моего обслуживания. Я отказываюсь от участия в программе ЕСМ. Я могу попросить об участии в программах управления, на которые я имею право.</p>

Кроме того, указывая ниже свои инициалы, я дополнительно разрешаю разглашать следующую информацию (эта информация НЕ будет разглашаться, если вы не дадите специального разрешения):

<i>ИНИЦИАЛЫ</i>	Информация о психическом здоровье, в том числе диагнозы, план лечения и название поставщика медицинских услуг. Сюда не входят заметки о проведенной психотерапии, если я не подпишу отдельную форму согласия.
<i>ИНИЦИАЛЫ</i> <i>ИНИЦИАЛЫ</i>	Результаты анализа на ВИЧ (Кодекс охраны здоровья и безопасности § 120980 (g))

Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ

Информация об употреблении психоактивных веществ (SUD) защищена федеральными законами о конфиденциальности (42 CFR, Часть 2). Федеральные законы не допускают дальнейшего разглашения информации, указывающей на то, что пациент имеет или имел расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, как в общедоступном формате, так и через других лиц, если на такое разглашение не было получено письменного согласия субъекта данных или если оно не было разрешено иным образом, предусмотренным 42 CFR, Частью 2. Федеральные законы ограничивают любое использование информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, в целях проведения расследований или судебного преследования за исключением случаев, предусмотренных §§ 2.12(c)(5) и 2.65. Заполняя этот раздел, вы разрешаете организациям ЕСМ использовать и раскрывать следующую информацию SUD для целей, описанных в настоящей форме: ваши текущие и прошлые диагнозы, связанные с употреблением наркотиков или алкоголя, принимаемые вами препараты, получаемое вами лечение, результаты лабораторных анализов, история травм, выписки из медицинских учреждений и любая другая информация SUD, полученная от поставщика услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ / алкоголя, в соответствии с федеральными законами в отношении SUD (42 C.F.R., Часть 2). Информация SUD (или содержащиеся в ней сведения), которая используется или раскрывается в целях лечения, проведения оплаты или оказания медицинской помощи некоторыми организациями ЕСМ, в том числе поставщиками медицинских услуг, страховыми планами и третьими сторонами, может быть повторно раскрыта в соответствии с федеральными нормами HIPAA, за исключением случаев использования и раскрытия такой информации в рамках гражданских, уголовных, административных и прочих юридических разбирательств. Консультационные записи по вопросам SUD не будут передаваться, если вы не подпишете отдельную форму согласия.

*ИНИЦИ
АЛЫ*

Проставьте свои инициалы здесь, чтобы разрешить организациям ЕСМ, перечисленным в **Приложении А**, использовать и передавать вашу информацию SUD, как описано выше, за исключением консультационных записей по вопросам SUD.

Истечение срока действия формы

Выберите **ОДИН** из следующих двух вариантов:

*ИНИЦИ
АЛЫ*

Стандартный срок действия: Срок действия согласия истекает через 1 год с сегодняшней даты; ИЛИ

*ИНИЦИ
АЛЫ*

Истечение срока действия: Срок действия согласия истекает: __. Этот срок не может составлять менее 6 месяцев (в целях участия в программе ЕСМ) или более 1 года с сегодняшней даты.

Я понимаю, что:

- Я могу отозвать это Разрешение в любое время, позвонив в Partnership по телефону (800) 863-4115 или отправив подписанный запрос на отзыв по адресу:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Enhanced Health Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

- Отзыв вступает в силу с момента получения, но может не распространяться на уже

переданную информацию на основании моего предварительного согласия на использование или разглашение информации.

- Отказ от подписывания настоящей формы не повлияет на мое лечение или обслуживание, мое право на получение или возможность получения услуг, а также на их оплату. Тем не менее, возможность участия в программе ЕСМ может быть ограничена, если я не подпишу данное Разрешение.
- Даже если я не подпишу настоящую форму, в соответствии с федеральными законами и законами штата о неприкосновенности частной жизни, некоторые из организаций ЕСМ могут передавать мою конфиденциальную информацию в целях лечения, проведения оплаты и в других целях, но поставщики, подпадающие под действие федеральных законов о конфиденциальности данных об употреблении психоактивных веществ, как правило, не могут передавать мою информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, без моего согласия (42 CFR, Часть 2).
- Информация, которую я разрешаю использовать и передавать, может быть повторно передана организациям ЕСМ только в соответствии с настоящим согласием и применимым законодательством.
- Я могу просмотреть или получить копию передаваемой медицинской информации.
- Я имею право запросить копию согласия, которая будет отправлена мне.
- Я могу получить список всех организаций ЕСМ, которым была раскрыта моя личная информация, включая организации, указанные в **Приложении А**, обратившись в Partnership.
- Добровольно указывая мой номер телефона выше, я даю согласие на получение текстовых сообщений или звонков в связи с настоящим согласием и передачей моей медицинской и другой конфиденциальной информации (могут применяться стандартные тарифы за отправку сообщений и передачу данных).
- Каждое из вышеуказанных прав распространяется на любого представителя, которого я уполномочиваю в соответствии с действующим законодательством.

Подпись участника

Если вы подписываете настоящее согласие от своего имени, заполните первую строку. Если вы подписываете согласие от имени другого лица, заполните вторую строку. Если вы подписываете согласие от имени несовершеннолетнего лица в возрасте от 12 до 17 лет, несовершеннолетнее лицо должно заполнить первую строку, а вы — вторую.

Наименование получателя	Подпись получателя	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)
Имя и фамилия личного представителя	Подпись представителя	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)