



УСЛУГИ РАСШИРЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ (ЕСМ)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПЕРЕДАЧУ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МОЕЙ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ

ЦЕЛЬ

Поставщики медицинских услуг, плательщики и агентства социальных услуг объединились для предоставления **Услуг расширенного управления медицинским обслуживанием (Enhanced Care Management, ЕСМ)**, чтобы помочь вам получить услуги, которые могут вам понадобиться для поддержания вашего здоровья и хорошего самочувствия. Чтобы позволить Partnership HealthPlan of California (PHC) и / или другим участвующим организациям делиться вашим медицинским обслуживанием и другой личной информацией друг с другом, вы должны сначала дать свое разрешение (разрешение). Заполняя эту форму, вы разрешаете использование и раскрытие (разглашение) вашей медицинской и другой личной информации сторонами, участвующими в ЕСМ. Участвующие стороны будут использовать и передавать только ту информацию, которая необходима для достижения намеченной цели. Информация может быть передана в безопасном электронном формате, в письменной форме или устно во время встреч для координации вашего обслуживания. Пожалуйста, заполните эту форму и отправьте ее по адресу:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Care Coordination – Northern Region
3688 Avtech Pkwy
Redding, CA 96002
Fax: (530) 351-9040

Partnership HealthPlan of California
Attn: Care Coordination – Southern Region
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (530) 351-9040

Сведения об участнике

Имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____

Номер телефона: () _____ Дата рождения: _____

Ид. №/СIN участника: _____

Я разрешаю **Partnership HealthPlan of California и участвующим в ЕСМ сторонам, перечисленным в Приложении А**, и прошу их использовать и передавать друг другу любую мою медицинскую или иную личную информацию для целей, указанных выше.

Выберите **ОДИН** из следующих двух вариантов:

<i>ИНИЦИАЛ Ы ЗДЕСЬ</i>	Согласие на коммуникацию по программе ЕСМ: проставляя здесь свои инициалы, я разрешаю ВСЕМ агентствам, перечисленным в ПРИЛОЖЕНИИ А, использовать и передавать мою медицинскую и иную личную информацию, относящуюся к моей истории болезни, физическому состоянию и получению социальных услуг, а также взаимодействовать друг с другом для предоставления услуг ЕСМ, ИЛИ
----------------------------	--

<i>ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ</i>	Отказ от участия в ЕСМ: Я понимаю, что программа ЕСМ позволяет партнерам сообщества взаимодействовать друг с другом для координации моего обслуживания. Я отказываюсь от участия в программе ЕСМ. Я могу попросить об участии в программах управления, на которые я имею право.
-----------------------	---

Кроме того, проставляя свои инициалы ниже, я прямо разрешаю раскрытие следующей информации (эта информация НЕ будет раскрыта без вашего специального разрешения)

<i>ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ</i>	Информация о психическом здоровье, включая: диагноз, план лечения и название поставщика.
-----------------------	--

<i>ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ</i>	Результаты анализа на ВИЧ (Закон о здоровье и безопасности Health & Safety Code § 120980 (g))
-----------------------	---

Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ

Информация об употреблении психоактивных веществ защищена федеральными правилами конфиденциальности (42 CFR Часть 2). Федеральные правила не допускают дальнейшего раскрытия информации, которая идентифицирует пациента как имеющего или имевшего расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, путем ссылки на общедоступную информацию, либо путем подтверждения такой информации, раскрытой другим лицом, если дальнейшее раскрытие прямо не разрешено письменным согласием лица, чья информация раскрывается, или иным образом не разрешено 42 CFR

Часть 2. Федеральные правила ограничивают любое использование информации для расследования или судебного преследования в отношении любого пациента с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, за исключением случаев, предусмотренных в §§ 2.12(c)(5) и 2.65.

<i>ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ</i>	Поставьте инициалы здесь, чтобы разрешить сторонам, указанным в Приложении А, использовать и передавать ВСЮ информацию об употреблении вами алкоголя и наркотиков, включая результаты анализов, планы лечения, посещение программ, общение с консультантом и диагноз.
-----------------------	---

Истечение срока действия и отзыв

Выберите ОДИН из следующих двух вариантов:

<i>ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ</i>	Стандартный срок действия. Срок действия этого разрешения истекает ровно через 5 лет с сегодняшней даты, ИЛИ
-----------------------	--

<i>ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ</i>	Досрочное истечение срока действия. Срок действия этого разрешения истекает: _____. Этот срок не может составлять менее 6 месяцев (для участия в программе ЕСМ) или более 5 лет с сегодняшней даты.
-----------------------	---

Настоящее Разрешение может быть отозвано в любое время. Для этого необходимо позвонить в РНС по телефону (800) 863-4155 или отправить подписанный запрос по адресу: Partnership HealthPlan of California, Attn: Member Services 4665 Business Center Dr., Fairfield, CA 94534. Отзыв вступает в силу с момента его получения РНС, но не распространяется на ранее раскрытую информацию.

Подпись участника

Я понимаю, что:

- Я могу отказаться подписывать это разрешение. Мой отказ может повлиять возможность моего участия в программе ЕСМ. Мой отказ не повлияет на мою возможность получить лечение, услуги или право на получение льгот, доступных мне в любом случае.
- Некоторая информация, переданная в соответствии с настоящим Разрешением, может быть далее передана другим сторонам при определенных условиях и может быть не защищена законами государства и штата о конфиденциальности.
- 42 CFR Часть 2 не допускает дальнейшего раскрытия информации об употреблении психоактивных веществ, которые подпадают под действие этой части, без моего разрешения.
- Я могу просмотреть или получить копию медицинской информации, которая передается.
- Я имею право запросить копию этого разрешения, и она будет отправлена мне.

Подпись

Дата

ФИО печатными буквами

Кем приходится участнику