

Назначение уполномоченного представителя

Важная информация

Вы имеете право разрешить (предоставить) другу, члену семьи или другому лицу, которого вы идентифицируете, доступ к определенной медицинской информации о вас. Для этого заполните форму и отправьте ее по следующему адресу:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services
 4665 Business Center Drive
 Fairfield, CA 94534
 Факс: (707) 420-7580

Сведения об участнике

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона:	Дата рождения:
Идент. №/СIN участника:	

Сведения об уполномоченном представителе

Имя:	Фамилия:
Адрес:	
Номер телефона:	Дата рождения:

Допуск к закрытой медицинской информации

Установите флажки рядом с каждым типом информации, которую вы хотите предоставить своему уполномоченному представителю.

<input type="checkbox"/> Статус соответствия критериям и основной поставщик медицинских услуг	<input type="checkbox"/> Внесение изменений в адрес и номер телефона
<input type="checkbox"/> Заказ идентификационной карточки	<input type="checkbox"/> Изменение основного поставщика медицинских услуг
<input type="checkbox"/> Информация о здоровье, не являющаяся конфиденциальной	<input type="checkbox"/> Иное:

**Доступ к конфиденциальной медицинской информации
(участник должен поставить подпись под полями ниже)**

Установите флажки рядом с каждым типом информации, которую вы хотите предоставить
своему уполномоченному представителю.

Лечение психических заболеваний

Лечение ЗППП

Лечение расстройств, связанных с
употреблением психоактивных веществ

Результаты генетического тестирования

Подпись участника: _____

Истечение срока действия разрешения

Срок действия этого разрешения истекает (заканчивается) ровно через год, если вы не
выберете другую дату ниже.

Срок действия этого разрешения истекает в следующую дату
(дата обязательна): _____

**Услуги по предоставлению согласия несовершеннолетних (от 12 лет и старше)
(участник должен поставить свою подпись в следующих полях)**

Поставьте флажок в поле рядом с каждым типом информации, которую вы хотите
предоставить уполномоченному представителю.

Лечение или консультирование по
вопросам психического здоровья

Лечение беременности

Лечение жертв насилия

Лечение наркотической зависимости
или алкоголизма

Лечение для профилактики
заболеваний, передающихся половым
путем, или инфекционных заболеваний

Лечение жертв изнасилования

Подпись несовершеннолетнего участника
(12 лет и старше): _____

Подпись участника

Я понимаю, что компания Partnership HealthPlan of California и прочие организации и частные лица, такие как врачи, больницы и планы медицинского страхования, по закону обязаны защищать конфиденциальность моей медицинской информации. В соответствии с законодательством штата Калифорния получателю моей медицинской информации запрещено повторно раскрывать (передавать) эту информацию, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено законом.

Я также понимаю, что, если я дам разрешение на передачу моей медицинской информации кому-то, кто по закону не обязан сохранять ее конфиденциальность, она может больше не быть защищена федеральными законами о конфиденциальности.

ВАШИ ПРАВА

Данное разрешение на разглашение медицинской информации является добровольным (не является обязательным).

Лечение, оплата, зачисление в план страхования или оценка права на участие в плане не зависит от подписания данного разрешения за исключением следующих случаев:

- (1) осуществления лечения в рамках научного исследования;
- (2) получения информации в связи с соответствием критериям или зачислением в план медицинского страхования;
- (3) оценки обязательств лица по запросу на оплату;
- (4) создания медицинской информации для предоставления третьим лицам.

Разрешение может быть в любое время отозвано (отменено) и аннулировано. Вы можете отозвать это разрешение, позвонив в Службу поддержки участников по телефону **(800) 863-4155** или отправив его по почте или факсу по следующему адресу:

Partnership HealthPlan of California
для передачи в Отдел обслуживания участников
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Факс: (707) 863-4415

Отзыв вступает в силу с момента его получения Партнерством. Однако ваш отзыв или аннулирование разрешения не повлияет на права лиц, действовавших на основании данного разрешения до получения уведомления о его отзыве или аннулировании.

Вы имеете право получить копию данного разрешения.

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Кем приходится участнику