

## РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

### Важная информация

Чтобы план Partnership HealthPlan of California мог раскрывать вашу медицинскую информацию физическому или юридическому лицу, необходимо получить ваше разрешение. Заполните прилагаемую форму и отправьте ее по адресу:

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Northern Region  
3688 Avtech Pkwy  
Redding, CA 96002  
(530) 223-2508

**ИЛИ**

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

### Сведения об участнике

Имя:

Фамилия:

Адрес:

Номер телефона: (    )

Дата  
рождения:

Ид. №/СIN  
участника:

Я поручаю и разрешаю плану \_\_\_\_\_ раскрывать отмеченную ниже медицинскую информацию об указанном выше участнике плана следующему физическому или юридическому лицу:

Имя, фамилия:

Адрес:

Номер телефона: (    )

Факс: (    )

В следующих конкретных  
целях:

Личное  
использован  
ие

Юридик  
еское  
требован  
ие

Компенсация  
работникам

Медицинское  
обслуживание

Пригодность

Нетрудо  
способно  
сть

Другое:

Конкретные даты оказания  
услуги:  
(Факультативно)

С: \_\_\_\_\_ ПО: \_\_\_\_\_

**Данное разрешение распространяется только на отмеченные ниже типы  
медицинской информации:  
(ВНИМАНИЕ: Отмечая конфиденциальную информацию ниже, вы должны поставить свою  
подпись)**

<input type="checkbox"/> Копии записей или медицинская информация, <i>за исключением</i> конфиденциальной медицинской информации.	<input type="checkbox"/> Копии записей или медицинская информация, <i>включая</i> отмеченную ниже конфиденциальную медицинскую информацию.
<input type="checkbox"/> Лечение психических и поведенческих расстройств  _____ Подпись участника или личного представителя	<input type="checkbox"/> Лечение заболеваний, передающихся половым путем  _____ Подпись участника или личного представителя
<input type="checkbox"/> Лечение злоупотребления веществами  _____ Подпись участника или личного представителя	Описание информации о лечении злоупотребления веществами:  _____
<input type="checkbox"/> Медицинская информация, связанная с конкретным указанным поставщиком услуг:  _____	<input type="checkbox"/> Медицинская информация, связанная с конкретным указанным лечением или состоянием:  _____

**Срок действия разрешения**

Срок действия данного разрешения истекает ровно через один год, если только вы не укажете иную дату.

Срок действия данного разрешения истекает в указанную дату или при наступлении следующего события: \_\_\_\_\_

**Подпись участника**

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). Согласно закону штата Калифорния, получателю моей медицинской информации разрешается раскрывать и передавать ее только при наличии моего письменного согласия или в случаях, когда это требуется или разрешено законом.

Я также понимаю, что если я предоставляю разрешение на раскрытие моей медицинской информации кому-либо, кого закон не обязывает защищать ее конфиденциальность, далее эта информация может не защищаться федеральными законами о конфиденциальности.

**ВАШИ ПРАВА**

Данное разрешение на разглашение медицинской информации является добровольным.

Лечение, оплата, зачисление в план страхования или оценка права на участие в плане не зависят 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 лица по запросу на оплату;
- (4) создание медицинской информации для предоставления третьим лицам.

Вы в любое время можете отозвать данное разрешение, позвонив в Отдел обслуживания участников по телефону (800) 863-4155 или отправив подписанный вами запрос по адресу:

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

Отзыв вступает в силу с момента его получения PHC. 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.

---

Подпись

---

Дата

---

Имя, фамилия печатными буквами

---

Кем приходится участнику