

Обмен медицинской информацией

Partnership HealthPlan of California хранит вашу защищенную медицинскую информацию (PHI) в электронном формате. Поставщики медицинских услуг могут раскрывать вашу медицинскую информацию в целях повышения качества и безопасности вашего медицинского обслуживания, а также снижения его стоимости. Мы называем такой способ обмена вашими данными «Обменом медицинской информацией» (HIE).

К такой информации относятся записи врача, результаты лабораторных и рентгенологических исследований, сведения о рецептах и оплате. Если вы не хотите делиться такой медицинской информацией, вам необходимо заполнить форму на следующей странице. Форма должна быть подписана и отправлена в Partnership по почте, факсу или лично.

Если вы не заполните эту форму, вы соглашаетесь с тем, что Partnership может делиться вашей защищенной медицинской информацией со своими партнерами в рамках процедуры обмена медицинской информацией. В дальнейшем вы всегда можете отозвать свое согласие, и Partnership не будет передавать вашу медицинскую информацию своим партнерам. Данные, которые уже были переданы, отозвать нельзя.

Информация, относящаяся к конфиденциальным услугам, НЕ будет раскрыта без вашего письменного согласия. Информация, относящаяся к конфиденциальным услугам, включает в себя:

- Психиатрические диагнозы и сведения о лечении психических заболеваний
- Сведения о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ
- Сведения об инфекциях, передающихся половым путем
- Сведения о диагностике и лечении сексуальных и репродуктивных расстройств
- Сведения о назначенных противозачаточных средствах/контрацепции
- Сведения об абортах или связанным с ними лечением
- Результаты генетических тестов
- Результаты анализов на ВИЧ
- Сведения о лечении, связанным с гендерной идентификацией
- Сведения о диагностике и лечении расстройств в связи с насилием со стороны интимного партнера

Если вы соглашаетесь на передачу своей медицинской информации, относящейся к конфиденциальным услугам, вам необходимо заполнить форму на следующей странице.

Форма должна быть подписана и отправлена в Partnership по почте, факсу или лично.

Это уведомление не влияет на другие услуги Partnership и не лишает вас права на получение необходимой медицинской помощи. Если у вас есть вопросы, позвоните нам по номеру **(800) 863-4155** с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Пользователи ТТУ могут обратиться в службу передачи данных California Relay Service по номеру **(800) 735-2929** или набрать **711**. Посетите наш веб-сайт по адресу PartnershipHP.org для получения более подробной информации.

Обмен медицинской информацией

Форма для участника

Защищенная медицинская информация (РНИ) включает в себя прошлую и текущую информацию, связанную с записями поставщиков медицинских услуг, лабораторными исследованиями, рентгеновскими снимками, рецептами и оплатой. Выберите один из следующих вариантов:

- Я не разрешаю передавать мою защищенную медицинскую информацию в рамках процедуры обмена медицинской информацией.**

Медицинская информация, относящаяся к конфиденциальным услугам, включает в себя сведения о диагностике и лечении психических расстройств, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ и инфекций, передающихся половым путем; о контроле рождаемости/контрацепции; о диагностике и лечении сексуальных и репродуктивных расстройств; об абортах и связанном с ними лечении; результаты генетических тестов и анализов на ВИЧ; о терапии, связанной с гендерной идентификацией, а также о диагностике и лечении расстройств, связанных с насилием со стороны интимного партнера.

- Я разрешаю** Partnership передавать мою защищенную медицинскую информацию, относящуюся к конфиденциальным услугам, своим партнерами в рамках процедуры обмена медицинской информацией. Я понимаю, что моя прошлая и настоящая медицинская информация, связанная с конфиденциальными услугами, будет передана всем моим поставщикам медицинских услуг и партнерам Partnership в рамках процедуры обмена медицинской информацией.
- Я не разрешаю** передавать мою защищенную медицинскую информацию в рамках процедуры обмена медицинской информацией.

Имя, фамилия участника: Дата рождения:
Или ФИО уполномоченного представителя
Какими законными полномочиями вы обладаете для осуществления действий от имени участника плана? <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Доверенное лицо <input type="checkbox"/> Доверенный управляющий <input type="checkbox"/> Другое
Подпись:
Ид. № участника:
Дата:

Отправьте заполненную форму по почте на адрес:

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

Вы также можете отправить заполненную форму по факсу (707) 863-4415.