



Разрешение на использование и раскрытие охраняемой законом информации о состоянии здоровья

Заполнение этого документа уполномочивает раскрытие и/или использование идентификационной информации о состоянии здоровья, как определено ниже, в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата Калифорния в отношении конфиденциальности такой информации. **Непредоставление *всей* необходимой информации может повлечь недействительность данного разрешения.**

Имя Клиента _____, дата рождения _____
BHRS (Служба по охране психического здоровья и реабилитации) # _____

Я даю разрешение на обмен информацией о состоянии моего здоровья (в порядке, изложенном ниже) между Службой по охране психического здоровья и реабилитации округа Сан-Матео И следующим лицом/организацией:

Фамилия, имя/Агентство _____

Настоящее Разрешение относится к следующей информации (выберите один или более вариантов):

- Результаты обследования, в том числе результаты диагностики
- План лечения
- Выписной эпикриз
- Вся медицинская карта с историей психических и соматических заболеваний, а также данными о проведенном лечении, в том числе по поводу злоупотребления наркотическими веществами/алкоголем и/или ВИЧ/СПИДа
- Только следующая информация о состоянии здоровья _____
- Только информация за период с _____ по _____
(дата) (дата)

Эта информация будет использоваться в следующих целях.

- Обследование/лечение
- Консультация/независимая консультация другого специалиста
- Другое (уточните) _____

Если это согласие не будет отозвано, настоящее Разрешение будет действительным до определенной даты, указанной ниже, или до даты выписки из Службы по охране



психического здоровья и реабилитации округа Сан-Матео, т.е. до даты одного из двух событий, которое произойдет раньше:

- 3 года с даты, когда данная форма подписана/разрешена. Дата истечения срока действия: _____
- Другая дата: _____ (если она отличается от даты, указанной выше)

ОГРАНИЧЕНИЯ

Законодательством штата Калифорния Инициатору запроса запрещено дальнейшее раскрытие охраняемой законом информации о состоянии моего здоровья, за исключением случаев, когда Инициатором запроса получено от меня еще одно разрешение на это или такое раскрытие необходимо либо допустимо в соответствии с законодательством.

МОИ ПРАВА

Я имею право отказаться подписывать настоящее Разрешение. Я имею право просмотреть или получить копии документов, содержащих охраняемую законом информацию о состоянии моего здоровья, на раскрытие которой у меня запрашивается разрешение. У меня есть право на получение экземпляра настоящего Разрешения. Я могу в любой момент отозвать настоящее Разрешение. Мой отзыв должен быть сделан в письменной форме и отправлен в мою первоначальную клинику/клиническую команду.

Отзыв мною настоящего Разрешения вступит в силу при его получении, но не будет распространяться на действия, уже предпринятые Инициатором запроса или другими лицами на основании настоящего Разрешения.

Мое лечение, его оплата, а также моя регистрация для получения каких-либо услуг или льгот и/или мои права на их получение не будут зависеть от предоставления мною настоящего Разрешения или моего отказа его предоставить.

Куда следует направлять информацию о состоянии моего здоровья:

Полное имя _____

Факс _____ Тел. _____

Адрес _____

Адрес электронной почты _____



**Конфиденциальная
 информация о пациенте:**
 См. Закон о социальном обеспечении
 штата Калифорния, раздел 5328

Клиент/его законный представитель

Подпись/Фамилия, имя _____ **Дата** _____

Клиент/его законный представитель

Если настоящий документ подписывается не самим Клиентом,
 то в каком правоотношении с Клиентом состоит лицо,
 подписывающее документ: _____

Свидетель/Клинический врач Подпись _____ **Дата** _____

(Законодательством штата Калифорния получателям информации о состоянии вашего здоровья запрещено повторное раскрытие такой информации, кроме как с вашего письменного разрешения или в случаях, когда такое ее раскрытие необходимо либо допустимо в соответствии с законодательством. Если вы дали разрешение на раскрытие информации о состоянии вашего здоровья какому-либо лицу, не обязанному по закону сохранять ее конфиденциальность, такая информация может быть раскрыта повторно и перестать быть охраняемой законом.)