



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

Подразделение по лечению алкогольной и наркотической зависимости
 Службы по охране психического здоровья и реабилитации округа Сан-Матео

**Разрешение на использование и раскрытие
 охраняемой законом информации о состоянии здоровья**

Заполнение этого документа является согласием на 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.**

Я, (имя Клиента) _____, дата рождения _____

уполномочиваю обмен информацией о состоянии здоровья (как определено ниже) между
 Службой по охране психического здоровья и реабилитации округа Сан-Матео -
 Подразделением по лечению алкогольной и наркотической зависимости
 Персоналом/Программой _____

и следующим лицом/организацией:

Полное имя _____

Адрес _____

Тел. _____ Факс _____

Настоящее Разрешение относится к следующей информации (первоначальной информации или и другим видам информации):

- _____ Результаты обследования, в том числе результаты диагностики
- _____ План лечения/рекомендации
- _____ Выписной эпикриз
- _____ Полный отчет Подразделения по лечению алкогольной и наркотической зависимости с историей психического и физического состояния и предоставленное лечение, включая ВИЧ/СПИД
- _____ Только следующая информация о состоянии здоровья _____
- _____ Только информация с (дата) _____ по (дата) _____



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

Эта информация будет использоваться в следующих целях: (первоначальной цели или и других целях)

_____ Координирование
 услуг/направления к врачам
 _____ Обследование/лечение

_____ Консультация/второе медицинское
 заключение
 _____ Прочее (уточните): _____

Имя Клиента _____

Если это согласие не будет отозвано, настоящее Разрешение будет действительным до определенной даты, указанной ниже, или до даты выписки из Подразделения по лечению алкогольной и наркотической зависимости 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

Федеральным законодательством и 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. Однако, 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.

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, которая в данный момент раскрывается. У меня есть право на получение экземпляра настоящего Разрешения. Я могу в любой



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

момент отозвать настоящее Разрешение. Отзыв мною настоящего Разрешения должен быть составлен в письменном виде, подписан мною или от моего имени и доставлен по следующему адресу: _____

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.**

Подпись _____ **Дата** _____
 (Клиент/его законный представитель)

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

Свидетель подписания настоящего документа Клиентом/его представителем _____