



Медико-реабилитационная служба охраны
поведенческого здоровья в округе Сан-Матео

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

Конфиденциальная информация о пациенте:

см. Закон о социальном обеспечении штата Калифорния, раздел 5328.

Посредством заполнения настоящего документа вы даете разрешение на раскрытие и/или использование информации, позволяющей установить вашу личность, и получение данных о состоянии здоровья в порядке, изложенном ниже. Раскрытие и/или использование информации осуществляется в соответствии с законодательством штата Калифорния и федеральным законодательством о конфиденциальности такой информации.

Непредоставление *всей* запрашиваемой информации может привести к аннулированию настоящего Разрешения.

Имя Клиента _____, дата рождения _____

BHRS # _____

Я даю разрешение на обмен информацией о состоянии моего здоровья (в порядке, изложенном ниже) между Медико-реабилитационной службой охраны поведенческого здоровья

клиника/отделение: _____, адрес: _____

и следующим лицом/организацией:

имя/название: _____, адрес: _____

Настоящее Разрешение относится к следующей информации (выберите один или более из следующих 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

Имя Клиента: _____

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 (укажите): _____

Если согласие не будет отозвано в письменной форме, настоящее Разрешение действует в течение одного года со дня подписания или до

(Укажите дату, если она наступает ранее чем через один год.)

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. 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.

Имя Клиента: _____

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. Имя: _____

Факс: _____ Тел.: _____

Адрес: _____

Подпись: _____ **Дата:** _____

Клиент/его законный представитель:

Если настоящий документ подписывается не самим

Клиентом, то в каком правоотношении с Клиентом состоит

лицо, подписывающее документ: _____.

Свидетель подписания настоящего документа Клиентом/его представителем: _____

(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.)

Сделайте копию заполненного Разрешения и передайте ее Клиенту.