SAN MATEO COUNTY HEALTH
BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

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

Разрешение на устное раскрытие охраняемой законом информации о состоянии здоровья членам семьи, друзьям или физическим лицам, оказывающим социальную поддержку

Полное имя клиента _____

Дата рождения _____ Психическое здоровье # _____

Я настоящим документом даю согласие ПОДРАЗДЕЛЕНИЮ ПО УСЛУГАМ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОКРУГА САН-МАТЕО **устно** обсуждать информацию, полученную в ходе моего психиатрического обследования или лечения, а также обследования или лечения наркотической и алкогольной зависимости. Согласие распространяется на информацию отмеченную моими инициалами и может быть устно разглашена нижеупомянутым лицам.

_____ Мой общий статус в программе

_____ Мое общее физическое/ психическое здоровье

_____ Мои лекарственные препараты

_____ Информация, связанная с лечением

_____ Госпитализация

_____ Другое: _____

Вышеуказанная информация может **устно обсуждаться** со следующим лицами:

Фамилия, имя _____

Телефон _____

Родство _____

Фамилия, имя _____

Телефон _____

Родство _____

☐ Данное согласие ограничивается раскрытием только **устной** информации. Раскрытие указанной **устной** информации любому лицу, не указанному выше, запрещено. Настоящее Разрешение действительно в течение трех лет с даты подписания или в течение любого другого срока, отдельно указанного в данном разрешении. Данное согласие может быть отозвано в письменной форме в любое время. **Дата истечения срока действия** _____

Клиент/его законный представитель

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

Клиент/его законный представитель

SAN MATEO COUNTY HEALTH
BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

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

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.)