



Подразделение по алкоголю и другим наркотическим веществам (AOD)
Медико-реабилитационной службы охраны поведенческого здоровья в
округе Сан-Матео

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ОХРАНЯЕМОЙ ЗАКОНОМ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

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.**

Я, (имя Клиента) _____, дата рождения _____

Даю разрешение на обмен информацией о состоянии моего здоровья (в порядке, изложенном ниже) между сотрудниками/организаторами программы Медико-реабилитационной службы охраны поведенческого здоровья (подразделения AOD)

и следующим лицом/организацией:

имя/название: _____

Адрес: _____

Тел.: _____ Факс: _____

Разрешение относится к следующей информации (отметьте своими инициалами один или более пунктов).

_____ Отчеты о результатах обследования, в том числе результатах диагностики

_____ План лечения/рекомендации

_____ Выписной эпикриз

_____ Вся карта AOD с историей психических и соматических заболеваний, а также данными о проведенном лечении, в том числе по поводу ВИЧ/СПИДа

_____ Только следующая информация о состоянии здоровья: _____

_____ Только информация за период с (дата)_____ по (дата)_____

Эта информация будет использоваться в следующих целях (отметьте один или более пунктов).

_____ Согласование обслуживания/направление к специалистам

_____ Обследование/лечение

_____ Консультация/независимая консультация другого специалиста

_____ Другое (укажите): _____

Имя Клиента _____

Настоящее Разрешение действует в течение одного года со дня подписания или до (дата):

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, то 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 будет раскрыта с моего разрешения. 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. **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 кем приходится

Клиенту лицо, подписывающее документ: _____

Свидетель подписания настоящего документа Клиентом/его представителем: _____