



Разрешение на передачу медицинской информации (включая сведения о лечении употребления алкоголя, наркотиков и психических нарушений, а также конфиденциальную информацию о ВИЧ/СПИД)

Раздел I. Информация о пациенте

ФИО пациента:	Дата рождения:	Медицинская карта №:
Адрес пациента:	Телефон:	Адрес электронной почты:

Раздел II. Информация о разрешении

Я или мой уполномоченный представитель прошим предоставить медицинскую информацию о моём медицинском обслуживании и лечении, указанных в этой форме. Я понимаю и подтверждаю, что:

1. Настоящее разрешение может использоваться для передачи всей защищённой медицинской информации, включая сведения о лечении РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (SUD), ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, а также КОНФИДЕНЦИАЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, СВЯЗАННУЮ С ВИЧ/СПИД. Сведения о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, психических нарушений, а также информация, связанная с ВИЧ/СПИД, могут передаваться лицу или лицам, указанным в пункте 10, только если я дам конкретное разрешение на передачу такой информации, поставив свои инициалы на соответствующей строке в пункте 13.
2. Информация из клинической документации о лечении психических нарушений может передаваться в соответствии с настоящим разрешением сторонам, которые указаны в настоящем документе и имеют очевидную потребность в такой информации, при условии, что её передача не будет обоснованно считаться наносящей вред пациенту или другому лицу.
3. За некоторыми исключениями, полученная медицинская информация может передаваться её получателем далее. Если я разрешаю передать информацию о здоровье, связанном с ВИЧ/СПИД, лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (SUD), или психических нарушений, то её получателю запрещается передавать такую информацию другим лицам или использовать переданную информацию для других целей без моего разрешения, если это не допускается федеральным или региональным законодательством. Если в результате передачи или разглашения информации, связанной с ВИЧ/СПИД, в отношении меня будет допускаться дискриминация, я могу обратиться в Отдел по правам человека штата Нью-Йорк - организацию, ответственную за защиту моих прав - по телефону 1-888-392-3644.
4. Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, направив письменное обращение поставщику услуг или юридическому лицу, указанному в пункте 9 ниже. Я могу отозвать это разрешение, за исключением случаев, когда на основании этого разрешения уже были предприняты действия.
5. В соответствии с Законом об электронных подписях и документах, это разрешение может оформляться и подписываться в электронном виде, в том числе с использованием электронной медицинской карты поставщика услуг. Поставщики услуг должны обеспечивать возможность распечатывать эти формы и/или доставлять их в утверждённом формате пациенту, представителю пациента и (или) другим законным адресатам.
6. Настоящее разрешение подписывается добровольно. Я понимаю, что, как правило, моё лечение, оплата, регистрация в плане медицинского страхования или право на получение льгот не будут зависеть от этого разрешения на передачу информации. Одновременно я понимаю, что в некоторых обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу это согласие.
7. Мне необходимо заполнить все пункты в этой форме. Если какие-либо разделы будут оставлены пустыми, эта форма будет недействительной.
8. На мои вопросы о данной форме были получены ответы, и мне была предоставлена копия формы.

Пациент отказался от копии



Разрешение на передачу медицинской информации (включая сведения о лечении употребления алкоголя, наркотиков и психических нарушений, а также конфиденциальную информацию о ВИЧ/СПИД)

Раздел III. Передача информации

9. Имя и контактная информация поставщика, уполномоченного передавать эту информацию: _____
10. Имя и контактная информация лица (лиц), которым будет передана эта информация: _____
11. Цель передачи информации: _____
12. Если это разрешение на передачу моей медицинской информации не было отозвано мной ранее, срок его действия истекает в день или дату, указанные ниже: _____

Раздел IV. Информация о здоровье

13. Я разрешаю передать следующую Защищённую медицинскую информацию:
- Часть моей медицинской карты с (указать дату) _____ по (указать дату) _____
- Вся медицинская карта, включая историю болезни пациента, служебные записки (за исключением отдельных записей о психотерапии), результаты тестов, рентгенологические исследования, плёнки, направления, консультации, платёжные документы, страховую документацию и записи, отправленные вам другими поставщиками медицинских услуг.
- Другое (укажите): _____

Чтобы разрешить передачу сведений о лечении психических нарушений и SUD, а также информации, связанной с ВИЧ/СПИД, вы должны поставить отметку в приведённой ниже рамке, а также инициалы и дату под конкретной информацией, передачу которой вы разрешаете.

- Клинические документы программ по охране психического здоровья*
Инициалы: _____ Дата: _____
- Документы программ по лечению SUD
Инициалы: _____ Дата: _____
- Информация, связанная с ВИЧ/СПИД
Инициалы: _____ Дата: _____

Раздел V. Подпись

14. Подпись пациента или личного представителя: _____
15. Дата: _____
16. ФИО пациента (печатными буквами): _____
17. Если данное лицо не является пациентом, имя личного представителя (печатными буквами): _____
18. Полномочия личного представителя ставить подпись от имени пациента: _____

Настоящая форма может использоваться вместо DOH2557, DOH5032 или OMH 11 и утверждена Управлением штата Нью-Йорк по охране психического здоровья для предоставления разрешений на передачу медицинской информации или клинических документов о психическом здоровье. Настоящая форма не требует от поставщиков медицинских услуг передачи медицинской информации. Приведённые в этой форме сведения о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и психических нарушений, а также конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ, должны сопровождаться необходимыми заявлениями о запрещении дальнейшей передачи информации.