

Офіційне ім'я:	Дата народження:	
Ім'я, якщо воно відрізняється від офіційного:		
Я дозволяю Відділу з питань психічного здоров'я округу Клакамас (ССВН) передавати та розкривати інформацію таким особам:		
Ім'я особи/назва організації/установи: _____		
Телефон: _____	Факс: _____	
Електронна пошта: _____		
Адреса: _____		
____ ССВН ЗАПИТУЄ інформацію    ____ ССВН НАДСИЛАЄ інформацію    ____ Тільки усний обмін інформацією ____ Взаємний обмін інформацією (дозволяє обмінюватися інформацією в міру необхідності)		
Яким чином ССВН має розкривати інформацію (наприклад, поштою, електронною поштою, факсом): _____		
<b>Інформація, яка підлягає обміну та/або розкриттю (позначити все, що підходить):</b>		
____ Повна медична карта	____ Оцінки	____ Нотатки щодо прогресу
____ Плани лікування/догляду	____ Замовлення ліків	____ Лабораторні/діагностичні результати
____ Стоматологічні дані	____ Лікарняні дані	____ Рахунки/оплата/страхування
____ Резюме про стан здоров'я	____ Нотатки щодо прогресу	
____ Інше: _____		
(Необов'язковий розділ). Розкрити дані за цей період часу: _____ до _____ (дата) (дата)		
Ставлячи свої ініціали нижче, я даю спеціальний дозвіл на розкриття такої медичної інформації, якщо вона існує: <b>ПОСТАВИТИ ІНІЦІАЛИ БІЛЯ КОЖНОГО ПУНКТУ, ЩОБ ДОЗВОЛИТИ РОЗКРИТИ ІНФОРМАЦІЮ</b>		
(Ініціали) _____ Діагноз щодо розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, лікування або інформація про направлення до фахівців		
(Ініціали) _____ ВІЛ/СНІД		
(Ініціали) _____ Генетичне тестування		
(Ініціали) _____ Психічне здоров'я, включаючи оцінки та тестування. <i>Записи про психічне здоров'я не включають нотатки з психотерапії.</i>		
Продовження на наступній сторінці...		

**Мета:**

Я дозволяю обмін або розкриття медичної інформації з таких причин:

\_\_\_ Координація догляду                      \_\_\_ Лікування                      \_\_\_ Оплата  
\_\_\_ Інше \_\_\_\_\_

**Підтвердження та згода:**

Я розумію, що одержувач може повторно розкривати отриману інформацію, якщо це не заборонено федеральним законодавством чи законодавством штату, або якщо моя спеціальна згода не потрібна. Я розумію, що якщо отримувач вирішить повторно розкрити мою інформацію, це може призвести до порушення конфіденційності, яка гарантована законом. Я розумію, що інформація про лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, може бути об'єктом захисту відповідно до федеральних норм, які регулюють конфіденційність медичних записів пацієнтів з такими розладами (42 CFR, частина 2). Ця інформація не може бути повторно розкрита без письмової згоди з мого боку, якщо лише закон цього не дозволяє або не вимагає. Якщо я вказав ім'я посередника, посередник може повторно розкрити інформацію про мій розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, постачальникам медичних послуг, які пройшли перевірку; і я можу запросити безпосередньо у посередника список повторних фактів розкриття інформації. Я розумію, що якщо інформацію про моє здоров'я використовують або розкривають із метою лікування, оплати медичних послуг чи проведення медичних операцій, то відповідно до правил конфіденційності HIPAA отримувач може повторно розкрити інформацію згідно з дозволами, передбаченими в цих правилах, за винятком ситуацій, коли цю інформацію використовують та розкривають у цивільних, кримінальних, адміністративних або законодавчих процедурах проти мене.

Я можу в будь-який час відкликати цей дозвіл у письмовій формі, надіславши відповідне повідомлення будь-якому співробітнику ССВН. Я розумію, що відклик дозволу не стосується інформації, яка вже була розкрита на підставі цього дозволу. Я розумію, що підписання цього дозволу не є умовою для отримання лікування, оплати чи визначення відповідності вимогам.

Строк дії цього дозволу спливає через один (1) рік або після:

(вставити дату або подію, після якої термін дії закінчується): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Підпис фізичної особи/законного опікуна

\_\_\_\_\_  
Ім'я друкованими літерами

\_\_\_\_\_  
Дата

**Поверніть цей дозвіл таким чином:**

**Електронна пошта:** BHBillingandRecords@clackamas.us

**Факс:** 503-742-5312

**Поштою:** 11211 SE 82nd Avenue, Suite O  
Happy Valley, OR 97086

**Телефон:** 503-742-5335