

Цель:

Я разрешаю обмен или разглашение медицинской информации по следующим причинам:

____ Координация _____ Лечение _____ Оплата
деятельности по оказанию
лечения

____ Другое: _____

Подтверждение и согласие:

Я понимаю, что получатель может сообщить полученную информацию другому лицу, если это не запрещено в соответствии с федеральным законом/законом штата, или если не требуется моего конкретного согласия. Я осведомлен (-на) о том, что, если получатель сообщит мою информацию другому лицу, мое право на защиту частной информации, предусмотренное законом, может быть утрачено. Я понимаю, что защита моих документов о лечении по избавлению от зависимости от психоактивных веществ может быть обеспечена в соответствии с федеральными правилами, регулирующими конфиденциальность документации пациентов, проходящих лечение по избавлению от зависимости от психоактивных веществ и (Свод федеральных нормативных актов 42 CFR, Часть 2), и документы не могут быть разглашены без моего письменного согласия, за исключением тех случаев, когда это разрешается или предусматривается законом. Если мной был указан посредник, этот посредник имеет право предавать повторной огласке сведения о лечении по избавлению от алкогольной и наркотической зависимости проверенным поставщикам медицинских услуг, и я могу запрашивать список случаев повторных разглашений непосредственно у посредника. Я понимаю, что, если моя медицинская информация используется или раскрывается для лечения, оплаты или целей системы здравоохранения, она может быть повторно раскрыта получателем в соответствии с разрешениями, указанными в правиле конфиденциальности закона HIPAA, за исключением использования и раскрытия для гражданского, уголовного, административного и законодательного разбирательства в отношении меня.

Я могу отозвать настоящее разрешение в письменной форме в любое время, обратившись к любому сотруднику службы ССВН. Я понимаю, что отзыв настоящего разрешения не будет распространяться на информацию, которая уже была разглашена в соответствии с этим разрешением. Я понимаю, что подписание настоящего разрешения не является условием для получения лечения, оплаты или прав.

Срок действия настоящего разрешения истекает через один (1) год или в случае:

(укажите дату или событие, аннулирующее документ). _____

Подпись лица/законного опекуна

Имя и фамилия печатными буквами

Дата

Верните это разрешение следующим образом:

По эл. почте: BNBillingandRecords@clackamas.us

По факсу: 503-742-5312

По почте: 11211 SE 82nd Avenue, Suite O
Happy Valley, OR 97086

По телефону: 503-742-5335