

Разрешение на раскрытие защищенной законом
медицинской информации
Служба охраны психического здоровья округа Клакамас

Полное имя согласно документам:	Дата рождения:
Имя, если отличается от полного имени согласно документам:	
Я предоставляю Службе охраны психического здоровья округа Клакамас (Clackamas County Behavioral Health, ССВН) разрешение на обмен и передачу моей информации указанному ниже физическому/юридическому лицу:	
Имя и фамилия физического лица / название юридического лица: _____	
Телефон: _____	Факс: _____
Адрес эл. почты: _____	
Адрес: _____	
<input type="checkbox"/> ЗАПРАШИВАНИЕ данных Службой ССВН <input type="checkbox"/> ОТПРАВКА данных Службой ССВН	
<input type="checkbox"/> Только устный обмен данными	
<input type="checkbox"/> Взаимный обмен данными (передача информации между сторонами по мере необходимости)	
Как Служба ССВН может предоставлять данные (обычной почтой, электронной почтой, факсом и т. д.): _____	
Данные для обмена и/или передачи (отметьте все соответствующие варианты):	
<input type="checkbox"/> Вся медицинская карта	<input type="checkbox"/> Данные обследований
<input type="checkbox"/> История болезни и обращений	<input type="checkbox"/> Планы лечения/ухода
<input type="checkbox"/> Рецепты	
<input type="checkbox"/> Результаты лабораторных/диагностических исследований	
<input type="checkbox"/> Стоматологические данные	<input type="checkbox"/> Больничная документация
<input type="checkbox"/> Счета/квитанции/страховки	<input type="checkbox"/> Краткая характеристика состояния здоровья
<input type="checkbox"/> История болезни и обращений	<input type="checkbox"/> Другое: _____
(Необязательный раздел.) Передать данные за период: с _____ по _____ (дата) (дата)	
Перейти на следующую страницу...	

Поставляя свои инициалы в приведенных ниже полях, я даю разрешение на передачу соответствующих медицинских данных (при наличии): **ЧТОБЫ ПРЕДОСТАВИТЬ РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ, ПОСТАВЬТЕ СВОИ ИНИЦИАЛЫ В КАЖДОМ ПОЛЕ**

(Инициалы) _____ Диагноз, лечение или направление на лечение расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ

(Инициалы) _____ ВИЧ/СПИД

(Инициалы) _____ Результаты генетического тестирования

(Инициалы) _____ Информация о психическом здоровье, в т. ч. обследования.
Психотерапевтические записи не относятся к документации о психическом здоровье.

Цель:

Я разрешаю обмен моей медицинской информацией или ее передачу для указанных ниже целей

_____ Координация ухода

_____ Лечение

_____ Оплата

_____ Другая цель: _____

Подтверждение и согласие

Я понимаю, что получатель может повторно раскрыть мою информацию за исключением случаев, когда это противоречит требованиям федерального/регионального законодательства, или для этого необходимо мое четкое согласие. Я понимаю, что в случае повторного раскрытия моей информации получателем правовые гарантии моей конфиденциальности могут быть утрачены. Мне известно, что определенная информация может быть защищена федеральными законами о конфиденциальности документов касательно лечения расстройств, вызываемых психоактивными веществами (Свод федеральных норм и правил, т. 42 ч. 2). Такая информация не подлежит повторному раскрытию без моего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или предписано законом. Если мною был назначен посредник, он может повторно раскрыть уполномоченным медработникам информацию о моем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ. Я имею право истребовать у посредника список всей переданной информации. Мне известно, что если моя медицинская информация будет использоваться или передаваться в целях лечения, оплаты или проведения медицинских операций, получатель может повторно ее раскрыть в соответствии с положениями о конфиденциальности Закона о преемственности страхования и отчетности в сфере здравоохранения (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Получателю запрещено использовать и раскрывать мою информацию в связи с судебным, административным, уголовным или гражданским разбирательством по предъявленному мне иску.

[Перейти на следующую страницу...](#)

Я могу в любое время отменить это разрешение, направив соответствующее письменное уведомление любому сотруднику ССВН. Я понимаю, что отмена не будет распространяться на данные, уже раскрытые в соответствии с этим разрешением. Я знаю, что мне необязательно подписывать это разрешение для получения лечения, оплаты или соответствия каким-либо установленным критериям.

Настоящее разрешение действует в течение 1 (одного) года или до:
(вставить дату или событие): _____

Подпись физического лица /
законного опекуна

Имя и фамилия
печатными буквами

Дата

Отправьте это разрешение обратно одним из указанных способов:

по эл. почте: BHBillingandRecords@clackamas.us

по факсу: 503-742-5312

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

по телефону: 503-742-5335