

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер/OSIS
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель запрашиваем раскрытие медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.,

- Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ** и **НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/СПИД**, только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в п. 7. Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health).
- В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ я подвергнусь дискриминации, я имею право обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (888) 392-3644) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
- Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
- Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
- Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в п. 2); на дальнейшее ее раскрытие защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
- Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ ВСЕМ СВОИМ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ С ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА И ДЕПАРТАМЕНТОМ ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА.**

7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению:
Информация о состоянии здоровья (в письменной и устной форме), в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная моими поставщиками медицинских услуг от других поставщиков медицинских услуг.
Пациенты с указанными ниже заболеваниями, поставьте инициалы в соответствующей графе в случае согласия на раскрытие информации.

_____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Указать документы и организацию, предоставляющую эту информацию:

_____ Психиатрическое лечение

_____ Информация о ВИЧ/СПИД

Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать указанную ниже медицинскую информацию.

(Поставьте отметку здесь, если отказываетесь предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации.)

8. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ. ИНФОРМАЦИЯ РАСКРЫВАЕТСЯ ПО ПРОСЬБЕ ПАЦИЕНТА/ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЕВ:	9. СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ С МОМЕНТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ШКОЛЕ ИЛИ ПРОГРАММЕ ДЕПАРТАМЕНТА ОБРАЗОВАНИЯ г. НЬЮ-ЙОРКА ИЛИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛОМ ШКОЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ УКАЗАНИЯ СРОКА ПРЕКРАЩЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЯ:
10. ЕСЛИ ДОКУМЕНТ ЗАПОЛНЯЕТСЯ НЕ САМИМ ПАЦИЕНТОМ, ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДПИСЫВАЮЩЕГО ЛИЦА (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ)	11. РОДСТВО С ПАЦИЕНТОМ: <input type="checkbox"/> сам пациент <input type="checkbox"/> родитель/опекун <input type="checkbox"/> др. (опишите ниже)

Все разделы заполнены; ответы на мои вопросы об этой форме получены; копия документа мне предоставлена.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

* ВИЧ — вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо, имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.

**Если в п. 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.