



Разрешение на передачу медицинской информации

Обратный адрес

1. Прошу _____ заполнить данную форму вместо меня. _____
(Имя лица, заполнившего форму) (Подпись пациента/личного представителя)
2. Я _____ разрешаю DPH _____ сопровождать меня во время приема
_____ и понимаю, что во время этого приема может обсуждаться охраняемая медицинская
информация.
3. Я _____ разрешаю _____ передавать следующую охраняемую
медицинскую информацию из медицинской карты _____ лицу _____.
Имя пациента Дата рождения

Параф пациента везде, где применимо. (При выборе «ВСЕ» по какому-либо типу обслуживания включаются все по принадлежности к нему результаты лабораторных исследований.)

Тип обслуживания	Параф	Все	Специальные	Тип обслуживания	Параф	Все	Специальные
Злоупотребление алкоголем/другими психотропами				Психическое здоровье			
CYSHCN				Посещение новорожденного на дому			
Планирование семьи				Сестринское партнерство с семьей			
ВИЧ/СПИД				ИППП			
Здоровье на дому				Туберкулез			
Прививки				ЖМД			
Лабораторные/диагностические тесты				Другое			

Я НЕ желаю, чтобы передавалась следующая информация:

_____/_____. (Параф пациента)

4. Цель предоставления информации: (Параф пациента **один**) _____ продолжение лечения; или _____ личная копия; или _____
юридический; или другое (укажите цель передачи и параф) _____
5. Данное разрешение действует до: (Параф пациента **один**) _____ Один год, начиная с сегодняшнего дня; или _____ До выхода из
программы; или другое (пациент указывает конкретную дату или событие и параф) _____
Я понимаю, что копию данного разрешения приравнивается к оригиналу.
6. Вы можете передать мою охраняемую медицинскую информацию вышеуказанному в пункте 3 физическому лицу или субъекту
следующими способами:
а) По факсу _____ (Параф пациента) Номер факса _____
б) По эл. почте _____ (Параф пациента) Адрес эл. почты _____
с) По почте _____ (Параф пациента) Почтовый адрес _____
Я понимаю, что моя конфиденциальность не может быть гарантирована при отправке моей информации этими способами.

7. _____ Дата _____ Свидетель – ТОЛЬКО если пациент не _____ Дата _____
Подпись пациента или личного представителя может поставить подпись или вместо
подписи ставит «X».

(Расшифровка подписи)

Отношения к личному представителю (если) подписано личным представителем

Я понимаю, что могу попросить ознакомиться или получить копию своей информации до ее передачи. Я понимаю, что информация, переданная кому-либо по моему запросу, может быть повторно передана получившим ее субъектом и больше не может быть защищена законодательством штата или федеральным законодательством. Я понимаю, что DPH не может обуславливать лечение, зачисление в программу или право на получение льгот, если я откажусь подписать это разрешение; я понимаю, что могу не иметь права на получение услуг в рамках некоторых программ, если откажусь предоставить информацию, необходимую для лечения, оплаты, зачисления в программу или права на получение льгот.

Копия этой формы предоставлена пациенту ☐ или копия отклонена ☐ или копия отправлена пациенту по почте ☐

8. Отзыв разрешения: Я понимаю, что могу отозвать данное разрешение в любое время, подписав его ниже, за исключением случаев, когда информация уже была предоставлена на основании данного разрешения или для получения компенсации по страховке.

_____(Пациент/уполномоченный представитель) Дата: _____

_____(Свидетель: Требуется если пациент не может поставить подпись или вместо подписи ставит «х».)

Дата: _____

(Здесь можно использовать ярлык пациента)

Имя пациента: _____

Дата рождения: _____

Информация передана лицу:

1. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
2. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
3. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
4. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
5. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
6. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
7. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
8. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
9. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____
10. Имя: _____
Адрес: _____
Город/штат/почтовый индекс _____
Другое: _____

Информация передана/подпись/дата:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Номер медицинской карты пациента: _____

(Здесь можно использовать ярлык пациента) Имя пациента: _____

Дата рождения: _____

Инструкции по получению разрешения на раскрытие медицинской информации 1623-RUS-DPH

Цель: Эта форма используется для получения разрешения от пациента, родителя или законного опекуна на передачу медицинской информации от одного субъекта другому. (от DPH другого субъекта организации или из другого субъекта DPH). Другой субъект может потребовать, чтобы мы использовали его форму авторизации для передачи информации из его записей.

Примечание: Вторичная информация (информация, не созданная DPH, которая хранится в наших записях) будет передана, если пациент попросит нас раскрыть ее или если она необходима для продолжения ухода за пациентом. Если вторичная информация помечена как «не для передачи», она должна быть передана сгенерировавшим ее субъектом, а не DPH.

Инструкции по пунктам:

1. Если пациент просит помощи при заполнении этой формы, введите имя помощника, при этом форму должен подписать пациент лично.
2.
 - a) Введите имя пациента, которому требуется сопровождение во время посещения DPH.
 - b) Введите имя лица, сопровождающего пациента.
 - c) Введите дату посещения. Если это все, что просит пациент, переходите к пункту 7.
3.
 - a) Введите имя лица, разрешившего передачу медицинской информации (пациент, родитель или законный опекун).
 - b) Введите информацию о передающем информацию субъекте (если информацию передает DPH, укажите DPH. Если другая организация использует эту форму для передачи своей информации в DPH, здесь указывается название этого субъекта.)
 - c) Введите имя пациента, информация о состоянии здоровья которого передается. Если оно совпадает с именем, введенным в вышеуказанном пункте 3a), можно указать «сам».
 - d) Введите субъект, которому будут переданы сведения (если DPH передает информацию, введите имя субъекта, которому она передается. Если другой субъект использует эту форму для передачи медицинской информации из своих записей в DPH, введите DPH.)
 - e) Пациент ставит свой параф в графе рядом с документами, которые необходимо передать. Выделение поля «Все» документы в поле программы включает в себя лабораторные данные по принадлежности к программе. Если необходимо передать только часть сведений по принадлежности к программе, укажите разделы записей, которые необходимо опубликовать, и параф пациента. **Сведения о планировании семьи несовершеннолетним лицом не должны разглашаться без разрешения такого лица, только по постановлению суда.** Информация о ВИЧ или ИППП не может передаваться без подписи пациента данной программы и без галочки «Все» записи либо без предоставления соответствующих данным в столбце «Специальная» информация. Если передача данных осуществляется в рамках предоставления сведений о состоянии здоровья более чем одному субъекту (если это разрешено), укажите «см. оборот данной формы # 1-# X». (например, если информация отправляется 3 разным объектам, введите «см. оборот данной формы № 1– № 3».) **Передаваемая информация и цель ее передачи должны быть одинаковыми для каждого субъекта либо каждому субъекту выдается отдельное разрешение.**
 - f) Если пациент не хочет, чтобы определенная информация была передана, он/она может указать это здесь и в начале формы.
 - g) Если разрешение требует передачи «данных о психическом здоровье», его нельзя сочетать с каким-либо другим разрешением на передачу медицинской информации (разрешения на передачу данных о психическом здоровье должны выдаваться отдельно.)
4. Цель предоставления информации — пациент указывает цель предоставления медицинской информации (для продолжения лечения, для выставления счетов, для снятия копии в личных целях и т. д.) Укажите в форме ТОЛЬКО ОДНУ цель.
5. Разрешение действует до - пациент указывает конкретную дату или конкретное событие, с наступлением которого срок действия разрешения считается истекшим (примером такого события может быть «до выхода из программы»). Если вводится дата, она **не должна превышать один год**. Если введено событие, срок его наступления **может превышать один год**.
6. Передача PHI.
 - a) пациент здесь ставит параф для предоставления разрешения DPH на передачу PHI по факсу субъекту, указанному в данной форме. Введите номер факса, если известен.
 - b) пациент ставит здесь параф для разрешения DPH использовать электронную почту. Введите адрес электронной почты, если он известен.
 - c) пациент ставит здесь параф для предоставления разрешения DPH на передачу PHI субъекту, указанному в данной форме, по почте. Введите почтовый адрес.

7. Подпись/дата: Пациент, законный опекун или личный представитель ставит здесь подпись и указывает дату заполнения формы.
Свидетель/дата: свидетель ставит подпись и дату **ТОЛЬКО в том случае, если пациент/личный представитель не может поставить подпись или ставит вместо подписи «Х»**.
Имя печатными буквами: имя пациента/личного представителя, подписывающего форму, печатными буквами. Отношение к личному представителю: если форму подписывает лицо, не являющееся пациентом, укажите отношение этого лица к пациенту.
Пациенту будет предложена копия заполненной формы 1623-RUS-DPH. Сотрудник DPH ставит отметку о предоставлении копии пациенту. Сотрудник DPH ставит отметку об отказе пациента от копии. Если пациент просит отправить ему копию по почте, сотрудник DPH ставит отметку об отправке данной формы пациенту по почте.
Согласно требованиям HIPAA мы обязаны предоставить пациенту право ознакомиться или получить копию своей защищенной медицинской информации до ее передачи. Согласно требованиям HIPAA, мы обязаны проинформировать пациента о факте передачи нами информации другому субъекту, которая может быть передана реципиентом другому субъекту и больше не может быть защищена законодательством штата или федеральным законодательством. (субъект, получающий информацию, может не «подпадать под действие» HIPAA и, следовательно, на него не будут распространяться законы о конфиденциальности HIPAA.)
Согласно HIPAA мы обязаны проинформировать пациента о том, что, если он откажется подписать разрешение на передачу информации, мы не можем отказать в лечении, оплате, регистрации или праве на получение льгот; и это не мешает нам обеспечить лечение пациенту и получить оплату за оказанные услуги. В первом поле указывается название субъекта передающего данные. Некоторые программы DPH требуют от нас предоставления информации, необходимой для лечения, оплаты, регистрации или права на льготы, до регистрации пациента в программе. В таких случаях необходимо ввести здесь название программы.
8. Отзыв данного разрешения; если пациент желает отозвать это разрешение, он/она вправе сделать это в любое время, поставив подпись и дату на **оригинале разрешения** здесь. Разрешение аннулируется в указанный пациентом день. Подпись свидетеля требуется **ТОЛЬКО в том случае, если пациент не может поставить подпись или ставит вместо подписи «Х»**. Здесь вводится дата подписи свидетеля.
9. В правом нижнем углу вводятся номер медицинской карты пациента, имя и дата рождения. При желании вместо этого можно использовать ярлык пациента.

ВТОРАЯ СТРАНИЦА Формы:

1. В первом столбце введите имя/адрес/город/штат/почтовый индекс, на который будет отправлена информация. Если требуется другая информация, введите ее в поле «другая». Если речь идет о передаче информации одному субъекту, и она представлена на первой странице, то сотрудник DPH может обратиться к этой информации, а не вводить ее заново.
2. Во втором столбце укажите передаваемую информацию, подпись лица, предоставляющего информацию, и дату разглашения информации

Офисная обработка и делопроизводство:

Эта форма должна быть включена в медицинскую карту в соответствии с форматом медицинской карты, указанным в руководстве по политике в области медицинской документации. Применяется комплексный график хранения медицинской документации.

Если у вас есть вопросы о том, как заполнить или использовать эту форму, обратитесь к специалисту по конфиденциальности DPH или в юридический отдел DPH.