

Фамилия:	Имя:	Среднее имя /отчество:	
Другие используемые имена:			
Дата рождения:		Телефон:	
Адрес:	Город:	Штат:	Индекс:

**Я запрашиваю получение моей защищенной медицинской информации (PHI) от:**

Физическое лицо /организация:			
Телефон:		Факс:	
Адрес:	Город:	Штат:	Индекс:

**Я прошу, чтобы моя защищенная медицинская информация (PHI) была предоставлена указанному лицу:**

Физическое лицо /организация:			
Телефон:		Факс:	
Адрес:	Город:	Штат:	Индекс:

**Я разрешаю раскрывать такую защищенную медицинскую информацию (PHI):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Выписки о вакцинации  | <input type="checkbox"/> Выписки о ходе лечения                           | <input type="checkbox"/> Выписки из истории болезни                       |
| <input type="checkbox"/> План по уходу   | <input type="checkbox"/> Описание случая / отметки о течении болезни      |   |
| <input type="checkbox"/> Результаты обследования на туберкулез / выписки относительно лечения туберкулеза                | <input type="checkbox"/> Полная история болезни                           | <input type="checkbox"/> Рецепты  |
| <input type="checkbox"/> Результаты клинического анализа мочи / проб на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе (UA/BA) | <input type="checkbox"/> Результаты анализа крови / лабораторных анализов | <input type="checkbox"/> Результаты анализа крови / лабораторных анализов |
| <input type="checkbox"/> Прочее: _____   |   |   |

**Раскрытие защищенной медицинской информации в указанные даты:** с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Я понимаю, что информация в моей медицинской карте может включать сведения, касающиеся заболеваний, передающихся половым путем, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Она также может включать информацию об оказании психологической помощи и поддержке поведенческого здоровья, а также о лечении алкоголизма и наркомании. Согласно федеральным законам и законам штата, под защитой находится представленная далее информация. Если эта информация относится к вам, укажите, хотите ли вы, чтобы она была разглашена:

- |  |                             |                              |                    |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| <b>Выписки, касающиеся злоупотребления алкоголем/наркотическими веществами</b> | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> | <b>Даты:</b> _____ |
| <b>Обследование на ВИЧ и его результаты</b>                                    | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> | <b>Даты:</b> _____ |
| <b>Выписка о состоянии психического здоровья</b>                               | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> | <b>Даты:</b> _____ |
| <b>Выписки о прохождении психотерапии</b>                                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> | <b>Даты:</b> _____ |

**Причина раскрытия медицинской информации:**

- По моему желанию     Для координации ухода     По юридическим причинам     Для трудоустройства     Для обучения
- Другое: \_\_\_\_\_

**Дополнительная информация о клиенте:**

**Условия.** Ваше право на получение от нас медицинских услуг не зависит от подписания этого разрешения. Однако если лечение проводится в исследовательских целях, то отказ от подписания этого разрешения не позволит нам предоставить такое лечение.

**Дальнейшее использование и раскрытие информации.** Используя или раскрывая вашу медицинскую информацию третьим лицам в соответствии с вашими указаниями в настоящем разрешении, мы не сможем контролировать использование или раскрытие вашей медицинской информации этими лицами в дальнейшем. В такой ситуации раскрытая медицинская информация может перестать считаться защищенной в соответствии с пересмотренным Кодексом штата Вашингтон (RCW 70.02) и федеральными законами (раздел 42 Свода федеральных нормативных актов, CFR, часть II).

**Срок действия.** Срок действия настоящего разрешения истекает через триста шестьдесят пять (365) дней с момента выдачи этого разрешения. После истечения срока действия мы должны будем получить от вас новое разрешение, если этого требует закон.

**Отзыв разрешения.** Вы имеете право отозвать это разрешение в любое время в соответствии с нашим уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности. Когда мы получим запрос на отзыв разрешения, то немедленно прекратим использование или раскрытие медицинской информации, которую вы разрешили нам использовать и раскрывать в этой форме разрешения. Отзыв разрешения не распространяется на случаи использования и раскрытия нами информации от вашего имени, предшествовавшие получению отзыва разрешения в письменном виде и осуществленные в рамках настоящего разрешения.

Любая факсимильная копия или фотокопия разрешения дает вам право на получение запрашиваемых выписок. Ставя свою подпись ниже, вы подтверждаете получение подписанной копии настоящего разрешения.

\_\_\_\_\_  
Подпись клиента (родителя или законного представителя, если применимо)

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Кем приходится клиенту /

*\*Если вы являетесь законным опекуном или имеете медицинскую доверенность, приложите соответствующие документы.*

*В соответствии с разделом VI Закона о гражданских правах 1964 года (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) и Законом об американцах с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act). Региональный медицинский округ Спокан не допускает каких-либо видов дискриминации. Подать жалобу, а также запросить дополнительную информацию, необходимую помощь или услуги перевода можно по номеру 509.324.1501 или на сайте [srhd.org](http://srhd.org).*

Internal Use Only:					
Date received:		Received by:			
Date forwarded:		Request forwarded to:		Division:	
Copies provided by:					
Copies provided on:					
Brief description of records provided:					