

Дозвіл на розкриття медичної інформації

Прізвище:	Ім'я:	Середнє ім'я / по батькові:	
Інші застосовні імена:			
Дата народження:		Телефон:	
Адреса:	Місто:	Штат:	Індекс:

Я подаю запит на отримання моєї захищеної медичної інформації (PHI) від:

Фізична особа / організація:			
Телефон:		Факс:	
Адреса:	Місто:	Штат:	Індекс:

Я прошу, щоб моя захищена медична інформація (PHI) була надана вказаній особі:

Фізична особа / організація:			
Телефон:		Факс:	
Адреса:	Місто:	Штат:	Індекс:

Я дозволяю розкривати таку захищену медичну інформацію (PHI):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Виписки про вакцинацію | <input type="checkbox"/> Виписки про перебіг лікування | <input type="checkbox"/> Виписки з історії хвороби |
| <input type="checkbox"/> План із догляду | <input type="checkbox"/> Опис випадку / відмітки про перебіг хвороби | |
| <input type="checkbox"/> Результати обстеження на туберкульоз / виписки щодо лікування туберкульозу | <input type="checkbox"/> Повна історія хвороби | <input type="checkbox"/> Рецепти |
| <input type="checkbox"/> Результати клінічного аналізу сечі / проб на вміст алкоголю у видихуваному повітрі (UA/VA) | <input type="checkbox"/> Результати аналізу крові / лабораторних аналізів | <input type="checkbox"/> Виписки про венеричні захворювання |
| <input type="checkbox"/> Інше: _____ | | |

Розкриття захищеної медичної інформації в зазначений період: з _____ по _____

Я розумію, що інформація в моїй медичній картці може містити відомості, що стосуються захворювань, які передаються статевим шляхом, синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ). Вона також може містити інформацію про надання психологічної допомоги та підтримки біхевіористичного здоров'я, а також про лікування алкоголізму й наркоманії. Згідно з федеральними законами та законами штату, під захистом перебуває наведена далі інформація. Якщо ця інформація стосується вас, вкажіть, чи хочете ви, щоб вона була розкрита:

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Виписки, що стосуються зловживання алкоголем / наркотичними речовинами | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> | Дати: _____ |
| Обстеження на ВІЛ і його результати | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> | Дати: _____ |
| Виписка про стан психічного здоров'я | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> | Дати: _____ |
| Виписки про проходження психотерапії | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> | Дати: _____ |

Причина розкриття медичної інформації:

- За власним бажанням ВДля координації догляду Із юридичних міркувань Для працевлаштування Для навчання
- Інше: _____

Додаткова інформація про клієнта:

Умови. На ваше право отримувати від нас медичні послуги не впливає підписання цього дозволу. Однак якщо лікування проводять у дослідницьких цілях, то відмова від підписання цього дозволу не дасть нам змоги надати таке лікування.

Подальше використання й розкриття інформації. Використовуючи або розкриваючи вашу медичну інформацію третім особам відповідно до ваших указівок у цьому дозволі, ми не зможемо контролювати використання або розкриття вашої медичної інформації цими особами надалі. У такій ситуації розкрита медична інформація більше не вважатиметься захищеною відповідно до переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW 70.02) і федеральних законів (розділ 42 Зводу федеральних нормативних актів, CFR, частина II).

Термін дії. Термін дії цього дозволу спливає через триста шістьдесят п'ять (365) днів із моменту його видачі. Після закінчення терміну дії ми повинні будемо отримати від вас новий дозвіл, якщо цього вимагає закон.

Відкликання дозволу. Ви маєте право відкликати цей дозвіл у будь-який час відповідно до повідомлення про правила дотримання конфіденційності. Коли ми отримуємо запит на відкликання дозволу, то негайно припинимо використання або розкриття медичної інформації, яку ви дозволили нам використовувати й розкривати в цій формі дозволу. Відкликання дозволу не поширюється на випадки використання й розкриття нами інформації від вашого імені, які передували отриманню письмового запиту на відкликання дозволу та були здійснені в межах цього дозволу.

Будь-яка факсимільна копія або фотокопія дозволу дає вам право на отримання запитуваних виписок. Ставлячи підпис нижче, ви підтверджуєте отримання підписаної копії цього дозволу.

Підпис клієнта (одного з батьків або законного представника, якщо застосовується)

Дата

Ім'я й прізвище друкованими літерами

Ким доводиться клієнту / які має повноваження

**Якщо ви є законним опікуном або маєте медичне доручення, додайте відповідні документи.*

Згідно з розділом VI Закону про громадянські права 1964 року та Законом про американців з обмеженими можливостями Регіональний медичний округ Спокан не дозволяє будь-які види дискримінації. Подати скаргу, а також запросити додаткову інформацію, необхідну допомогу або послуги перекладу можна за номером 509-324-1501 або на сайті 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:					