



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Непредоставление всей информации может привести к аннулированию данного разрешения

Разрешение на получение копий медицинской карты: ☐ Бумажные ☐ Электронные

☐ Другие: _____

Информация для пациентов

Полное имя пациента (имя, средний инициал, фамилия) (печатными буквами): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____ Телефон: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

У кого вы хотите запросить записи?

Название поставщика медицинских услуг или учреждения здравоохранения: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Куда вы хотите отправить записи? (Примечание: мы можем предоставить только ту информацию, на которую вы дали разрешение)

☐ Установите флажок, если записи отправляются только пациенту. Дальнейшие действия в этом разделе не требуются.

Название поставщика медицинских услуг или учреждения здравоохранения: _____

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Электронная почта: _____

Какова цель раскрытия?

☐ Непрерывный уход

☐ Страхование

☐ Юридическая

☐ Личное использование

☐ Другое (укажите): _____

(продолжение)

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Непредоставление всей информации может привести к аннулированию данного разрешения

Информация к раскрытию

- Сроки лечения: _____
- | | | |
|---|---|--|
| ☐ История болезни и физикальное обследование | ☐ Радиологическое заключение | ☐ Рентгеновская пленка / CD с изображениями |
| ☐ EKG/ECHO | ☐ Оперативное заключение | ☐ Лабораторный отчет |
| ☐ Сводная информация о выписке | ☐ Консультационный отчет | ☐ Отчет о неотложной помощи |
| ☐ Патологическое заключение | ☐ Платежная документация | |
- ☐ Другое (укажите): _____
- ☐ Амбулаторная/клиническая карта — название клиники/врача: _____

Законы штата / федеральные законы требуют специального разрешения на выдачу следующих типов информации:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Психическое здоровье | ☐ Злоупотребление алкоголем/наркотиками | ☐ Результаты теста на HIV |
| ☐ Информация о генетическом тестировании | ☐ Заболевания, передающиеся половым путем | ☐ Репродуктивное здоровье |
| ☐ Уход с учетом гендерных особенностей | | |

Я понимаю, что мои записи о репродуктивном здоровье защищены законом штата и не могут быть раскрыты без письменного согласия, если иное не предусмотрено правилами (CA Civ. §56.110, CA Health & Safety Code § 130290, CA AB 352).

Для записей о психотерапии требуется отдельное разрешение.

Тарифы

В соответствии с разделами California Evidence Code Sections 1560-1567 за копии медицинской карты может взиматься плата.

Инструкции по доставке

- ☐ Отправьте записи по почте непосредственно указанному лицу или организации
- ☐ Позвоните заявителю, когда записи будут готовы к получению:
Я разрешаю (полное имя печатными буквами) _____ забрать копии моей медицинской карты.
Кем приходится пациенту (печатными буквами): _____
- ☐ My CS-Link™ (портал для пациентов)
- ☐ Электронная почта: _____
- ☐ Другое: _____



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Непредоставление всей информации может привести к аннулированию данного разрешения

Уведомление о правах

Я понимаю перечисленные ниже пункты.

1. Если я откажусь подписать данное разрешение, мой отказ не повлияет на мою возможность получить лечение.
2. Я могу ознакомиться с медицинской информацией, которую меня просят разрешить использовать или раскрыть, или получить ее копию.
3. Я могу в любое время отозвать данное разрешение в письменной форме, **подписанной мной или от моего имени по адресу:**
Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department
8700 Beverly Blvd., Room 2800
Los Angeles, CA 90048
4. Такой отзыв разрешения (если он будет сделан) не повлияет ни на какие действия, предпринятые до этого.
5. У меня есть право получить копию данного разрешения.
6. Информация, раскрываемая в соответствии с условиями данного разрешения, подлежит повторному раскрытию получателем и больше не будет защищаться в соответствии с федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA). Несмотря на это, закон California запрещает лицу, получающему мою медицинскую информацию, в последующем раскрывать ее, если от меня не было получено иное разрешение или если такое раскрытие не требуется или не разрешено законом в частных случаях.
7. Если этот ☐ пункт отмечен, податель запроса получит компенсацию за использование или раскрытие моей информации.

Срок действия

Без моего письменного отзыва данное разрешение автоматически прекратит свое действие после того, как необходимость в раскрытии информации отпадет, но в любом случае срок его действия истечет через 180 дней после даты его выдачи, если не указано иное:

Подпись (пациент, владелец доверенности на медицинское обслуживание или законный представитель)

Дата (мм/дд/гггг)

Кем приходится законный представитель