



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

*Непредставление полной информации  
может сделать это разрешение недействительным.*

Разрешение: Копии медицинских документов  На бумаге  Электронные  Другое  
 Проверка или просмотр медицинской документации

<b>Информация о пациенте</b>	Пациент: _____ Номер медицинской карты (MRN) _____ (Фамилия) (Имя) Дата рождения: _____ Телефон: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____		
<b>Предоставить куда Запросить откуда</b>	Я даю разрешение Сидарс-Синай предоставить или запросить медицинскую информацию: <b>Предоставить куда</b> <input type="checkbox"/> <b>Запросить откуда</b> <input type="checkbox"/> Лицо/Организация: _____ Адрес: _____ Город/штат/почт. индекс _____ Телефон _____ Факс _____	<b>Цель</b> <b>Со следующей целью:</b> ___ Продолжение лечения ___ Страхование ___ Юридич. цели ___ Личные цели ___ Иное _____	
<b>Предоставляемая информация</b>	Даты проведения лечения: _____ ___ Вся отчетность ___ Выписной эпикриз ___ Послеоперационное заключение ___ Лабораторные анализы ___ Гистологическое заключение ___ Консультационное заключение ___ Иное (укажите) _____ ___ Амбулаторная карта – Название клиники или фамилия врача: _____ ___ Анамнез и медосмотр ___ Инф. об экстренной помощи ___ Счета и оплата ___ ЭКГ / ЭхоКГ ___ Радиологические отчеты ___ Рентгеновские снимки/CD-диск В соответствии с федеральным / штатным законодательством для предоставление следующей информации требуется особое разрешение. ___ Психическое здоровье ___ Алкоголизм/наркомания ___ Результаты анализа на ВИЧ Для информации о психотерапии требуется отдельное разрешение.		<b>Взимаемая плата</b>  В соответствии с разделами 1560-1567 Кодекса доказательственного права штата Калифорнии за копии медицинских документов может взиматься плата.

Health Information Management Department  
8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048  
[Email: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org](mailto:GroupHIDInternetInquiries@cshs.org)  
Тел.: 310-423-2259 • Факс: 310-423-0113

Инструкции по доставке	<input type="checkbox"/> Направить информацию по почте напрямую указанному лицу или организации <input type="checkbox"/> Позвонить запрашивающему лицу/организации, когда информация будет готова к получению Я даю разрешение _____ получить копии моей медицинской документации. Кем указанное лицо приходится пациенту _____ <input type="checkbox"/> Портал пациента (CS-Link) _____ <input type="checkbox"/> E-mail _____ <input type="checkbox"/> Иное _____
Уведомление о правах	Я понимаю, что: <ol style="list-style-type: none"> <li>Отказ от подписания этого разрешения не отразится на моих возможностях по получению лечения.</li> <li>Я могу просмотреть или получить копию медицинской документации, разрешение на использование или передачу которой у меня просят.</li> <li>Я могу в любой момент аннулировать это разрешение, направив уведомление в письменной форме, <u>подписанное мной или от моего имени, по адресу Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Angeles, CA 90048.</u></li> <li>В случае аннулирования мною настоящего разрешения это не отразится на действиях, совершенных до получения уведомления о аннулировании.</li> <li>Я имею право на получение копии этого разрешения.</li> <li>Информация, раскрытая в соответствии с настоящим разрешением, может быть повторно раскрыта получателем и может не быть защищенной федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA). Однако, закон штата Калифорния запрещает лицу, получившему мою медицинскую информацию, передавать эту информацию третьим лицам без получения от меня дополнительного разрешения на такую передачу, за исключением случаев, когда такое раскрытие информации необходимо или разрешено в порядке, установленном законом.</li> <li>Если этот квадратик <input type="checkbox"/> помечен, то запрашивающее лицо/организация получает компенсацию за использование или передачу моей информации.</li> </ol>
Срок действия	В отсутствие моего письменного уведомления об аннулировании настоящее разрешение автоматически теряет юридическую силу после удовлетворения потребности в передаче информации, а также теряет юридическую силу в любом случае через 180 дней с момента подписания настоящего документа, если не указано иное: _____
Подпись	Подпись: _____ Дата: _____ <i>(пациент, доверенность на принятие медицинских решений или законный представитель пациента)</i> Кем законный представитель приходится пациенту: _____

**Health Information Management Department**  
**8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048**  
[Email: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org](mailto:GroupHIDInternetInquiries@cshs.org)  
**Тел.: 310-423-2259 • Факс: 310-423-0113**