

Разрешение на использование или раскрытие защищенной медицинской информации



СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Пожалуйста, заполните форму полностью. Не полностью заполненные разрешения не рассматриваются и возвращаются для внесения недостающих данных.

Имя	Второе и последующие имена	Фамилия		
Дата рождения	Девичья фамилия / Псевдоним / Предыдущие / Другие имена или фамилии			
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	
Номер телефона	Адрес электронной почты			

ЦЕЛЬ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ

<input type="checkbox"/> Продолжающийся уход	<input type="checkbox"/> Персональные данные	<input type="checkbox"/> Правовая помощь	<input type="checkbox"/> Страхование
<input type="checkbox"/> Передача ухода	<input type="checkbox"/> Учебное заведение	<input type="checkbox"/> Другое	

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

КЕМ выдаются медицинские записи о состоянии здоровья <input type="checkbox"/> Salem Health Hospitals & Clinics <input type="checkbox"/> Другое: Название больницы/клиники: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Электронная почта: _____	КОМУ ОТПРАВЛЯЮТСЯ медицинские записи о состоянии здоровья <input type="checkbox"/> Себе <input type="checkbox"/> Salem Health Hospitals & Clinics <input type="checkbox"/> Другое: Название больницы/клиники: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Электронная почта: _____	Способ передачи информации <input type="checkbox"/> По электронной почте <input type="checkbox"/> По почте: <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> В бумажном виде <input type="checkbox"/> Через систему MyChart <input type="checkbox"/> По факсу
--	--	---

ИНФОРМАЦИЯ, ПОДЛЕЖАЩАЯ ВЫДАЧЕ

Услуги	Выберите один временной интервал для каждого типа услуги				
	Только последнее посещение	Последние 6 месяцев	Последние 12 месяцев	Последние 2 года	Начало и конец временного периода
<input type="checkbox"/> Платежные документы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Отметки клиники/офиса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Заключения служб экстренной/неотложной помощи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Анамнез/медицинские осмотры	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Исследования методами диагностической визуализации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Данные об иммунизации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Лабораторные/гистопатологические заключения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Протоколы операций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Отчеты о радиологических исследованиях	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Заключения реабилитационных центров	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Другое (укажите):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Примечание: Запросы на получение результатов исследования методами диагностической визуализации и платежных документов могут рассматриваться и отправляться по почте отдельно.

РАЗРЕШЕНИЕ/ПОДПИСЬ

Я понимаю, что содержащаяся в настоящем документе медицинская информация может включать сведения, касающиеся наличия ВИЧ/СПИДа, и/или выявленного диагноза или лечения психических расстройств, злоупотребления психоактивными веществами и/или результатов генетического тестирования. Поставив свои инициалы ниже, я **НЕ** разрешаю раскрывать эту информацию.

Инициалы	ВИЧ/СПИД	Инициалы	Психическое здоровье	Инициалы	Употребление наркотиков/алкоголя	Инициалы	Генетическое тестирование
----------	----------	----------	----------------------	----------	----------------------------------	----------	---------------------------

- Я понимаю, что информация, используемая или раскрываемая в соответствии с данным разрешением, может быть в дальнейшем раскрыта получателем, в связи с чем она утратит защиту со стороны федерального законодательства. Однако я также понимаю, что федеральное законодательство или законодательство штата могут ограничивать право на повторное раскрытие информации о диагнозе, лечении или направлении на лечение в связи с употреблением наркотиков/алкоголя, а также сведений, касающихся наличия ВИЧ/СПИДа, психиатрических расстройств/состояния психического здоровья.
- Я понимаю, что Salem Health не будет ставить лечение, оплату, регистрацию или право на получение каких-либо льгот в зависимость от того, подпишу ли я настоящее разрешение.
- Действие данного разрешения истекает через 12 месяцев от даты подписания настоящей формы или в срок, указанный ниже:
- Я понимаю, что имею право в любое время отозвать данное разрешение, уведомив об этом

соответствующего сотрудника по вопросам конфиденциальности, путем письменного обращения по адресу: 890 Oak Street SE, Salem, OR 97301. Действие настоящего разрешения прекращается в день уведомления, за исключением действий, уже предпринятых в соответствии с ним.

- Подписанный экземпляр настоящей формы будет предоставлен пациенту или уполномоченному лицу по запросу.
- Если вы просите отправить касающуюся вас информацию по электронной почте вам или другому лицу, вы также подтверждаете принятие на себя соответствующих рисков, связанных с передачей и получением указанной информации по электронной почте, и обязуетесь освободить и оградить организацию Salem Health Hospitals and Clinics, а также связанные и аффилированные с ней организации от какой-либо ответственности, которая может возникнуть в результате использования электронной почты для связи с вами или другим лицом, которое вы могли назначить для получения электронных сообщений, содержащих информацию о состоянии вашего здоровья. К рассматриваемым случаям относятся, в частности, нарушения конфиденциальности или неприкосновенности частной жизни, которые могут возникнуть в результате использования электронной почты (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

Подписываясь ниже, я подтверждаю факт ознакомления и понимание условий настоящего разрешения, а также свое согласие с раскрытием указанной информации.

Подпись пациента или доверенного лица пациента по медицинским вопросам _____ Полное имя печатными буквами _____ Кем подписывающее лицо приходится пациенту _____ Дата _____

Отправить заполненную/подписанную форму по почте по адресу:
Salem Health HIM
890 Oak Street SE
Salem, OR 97302

ИЛИ

Отправить заполненную/подписанную форму по факсу
электронной почте:
ФАКС: 503-814-2728
Эл. почта: himhospitalrecordsteam2@salemhealth.org
У вас возникли вопросы? Позвоните по номеру 503-561-5750

- Кем проведена верификация личности
- Позвонить для получения
- Отправить информацию по почте
- Электронная почта подтверждена