

# РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Central Washington Hospital & Clinics

Wenatchee Valley Hospital & Clinics

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА						
Пациент:		Дата рождения: / /				
		Фамилия	Имя	Средний инициал		
Адрес:		Телефон: ( )				
		Улица	Город	Штат	Почтовый индекс	
№ медицинского документа (необязательно):			Последние 4 цифры № соц. страхования (необязательно): XXX-XX-			
Кем будут выданы документы:						
<input type="checkbox"/> Central Washington Hospital & Clinics		<input type="checkbox"/> Другое: _____				
<input type="checkbox"/> Wenatchee Valley Hospital & Clinics						
Кому будут выданы документы: (например, страховой компании, доверенному лицу, врачу, пациенту)						
Полное имя лица / название учреждения ( <b>Кто может получить документы?</b> ):			Телефон: _____			
			Факс: _____			
Адрес лица/учреждения ( <b>Куда следует отправить документы?</b> )			Адрес эл. почты: _____			
		Улица	Город	Штат	Почтовый индекс	
ЦЕЛЬ ВЫДАЧИ						
<input type="checkbox"/> Обслуживание в текущем/другом учреждении		<input type="checkbox"/> Для доверенного лица / юриста		<input type="checkbox"/> Для страховой компании		<input type="checkbox"/> Другое
<input type="checkbox"/> Личное пользование		<input type="checkbox"/> Оплата счетов / страховое требование		<input type="checkbox"/> Для места учебы/работы		
СПОСОБ ДОСТАВКИ						
Я разрешаю осуществить доставку моих документов следующим способом:						
<input type="checkbox"/> Почтовая служба США		<input type="checkbox"/> Факс		<input type="checkbox"/> Просмотр/доступ к персональной медицинской информации		
<input type="checkbox"/> Электронная почта		<input type="checkbox"/> Приложение MyChart				
ФОРМАТ ПЕРЕДАЧИ						
Прошу предоставить мои документы в следующем формате ( <i>указать, если выбран способ доставки по почте или курьером</i> ):						
<input type="checkbox"/> Бумажный документ		<b>ИЛИ</b>		<input type="checkbox"/> Цифровой файл на CD		
ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ НУЖНО ПЕРЕДАТЬ						
<input type="checkbox"/> Прием у врача		<input type="checkbox"/> Прививки		<input type="checkbox"/> Выписной эпикриз		<b>Указать даты/годы:</b>
<input type="checkbox"/> Лабораторные анализы		<input type="checkbox"/> Лекарства		<input type="checkbox"/> Заключение о хирургической операции		
<input type="checkbox"/> Рентгеновские снимки		<input type="checkbox"/> Заключение о неотложной помощи		<input type="checkbox"/> Данные о счетах		
				<input type="checkbox"/> История болезни и заключение о состоянии здоровья		
				<input type="checkbox"/> Заключение о рентгенографическом исследовании		
				<input type="checkbox"/> Другое: _____		
КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ						
Если Ваша медицинская информация относится к какой-либо из указанных ниже категорий, отметьте их.						
<b>Поставив отметку в графе ниже, Вы разрешаете выдачу конфиденциальной информации:</b>						
<input type="checkbox"/> Алкогольная/наркотическая или химическая зависимость		<input type="checkbox"/> Документы о психическом здоровье / психотерапии		<input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем		
				<input type="checkbox"/> Анализы / результаты анализов на ВИЧ/СПИД		
				<input type="checkbox"/> Генетическая информация		

**РАЗРЕШЕНИЕ**

Мне понятно следующее. За копирование медицинских документов по запросам о их выдаче может взиматься плата в соответствии с федеральным законодательством / законодательством штата. • У меня есть право отозвать данное разрешение в любое время. Заявление об отзыве разрешения необходимо составить в письменной форме и отправить по почте в Отдел управления медицинской информацией (Health Information Management) по адресу: Confluence Health, P.O. Box 3510, Wenatchee, WA 98807. Действие отзыва разрешения не распространяется на документацию, которая уже была выдана на основании этого разрешения. • Срок действия данного разрешения истекает через 90 дней после даты его подписания, если оно не будет отозвано ранее. • Решение вопросов лечения, оплаты, регистрации и определения соответствия критериям получения льгот не могут зависеть от подписания мною настоящего разрешения. • Любая выдача информации несет в себе риск несанкционированного доступа к ней, и такая информация не может быть защищена федеральными положениями о конфиденциальности.

Имя и фамилия пациента / законного представителя  
печатными буквами:

Кем приходится пациенту:

Подпись пациента / законного представителя:

Дата:

Время:

Подпись несовершеннолетнего лица (возраст 13–17 лет) при запросе конфиденциальной информации: