

Central Washington Hospital & Clinics

Wenatchee Valley Hospital & Clinics

| СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ | | | |
|---|-------|---|------------------------------|
| Имя и фамилия печатными буквами: | | Дата рождения: / / | |
| Фамилия | Имя | Средний инициал | |
| Адрес: | | Телефон: () | |
| Город | Штат | Почтовый индекс | |
| Кем осуществляется раскрытие документации: | | | |
| <input type="checkbox"/> Central Washington Hospital & Clinics | | <input type="checkbox"/> Другое: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wenatchee Valley Hospital & Clinics | | | |
| Кому раскрываются записи: (например страховая компания, адвокат, врач, пациент) | | | |
| Имя лица / Название учреждения (Кто может получить информацию?): | | Телефон: _____ | |
| | | Факс: _____ | |
| Имя лица / Название учреждения (Куда следует отправить информацию?): | | Эл. почта: _____ | |
| Улица | Город | Штат | Почтовый индекс |
| ЦЕЛЬ РАСКРЫТИЯ | | | |
| <input type="checkbox"/> Продолжающийся/Передаваемый уход | | <input type="checkbox"/> Адвокат/Юридические цели | |
| <input type="checkbox"/> Личное пользование | | <input type="checkbox"/> Выставление счетов/Требования | |
| | | <input type="checkbox"/> Страховая компания | |
| | | <input type="checkbox"/> Обучение/Занятость | |
| | | <input type="checkbox"/> Другое | |
| СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ | | | |
| Я даю разрешение на передачу моих записей следующим способом: | | | |
| <input type="checkbox"/> Почтовая служба США- Только для бумажных документов | | <input type="checkbox"/> Факс | |
| <input type="checkbox"/> Просмотр/Доступ к личной медицинской информации | | | |
| <input type="checkbox"/> Эл. почта | | <input type="checkbox"/> MyChart | |
| | | Только в отношении рентгеновских снимков | |
| | | <input type="checkbox"/> Получение - CWH Radiology | |
| | | <input type="checkbox"/> Получение - WVH Radiology | |
| | | <input type="checkbox"/> Получение - Moses Lake Radiology | |
| РАСКРЫВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ | | | |
| <input type="checkbox"/> Посещение кабинета | | <input type="checkbox"/> Прививки | |
| <input type="checkbox"/> Лабораторные анализы | | <input type="checkbox"/> Отчет о процедуре | |
| <input type="checkbox"/> Лекарственные препараты | | <input type="checkbox"/> Отчет отделения неотложной помощи | |
| | | <input type="checkbox"/> Сведения о выписке | |
| | | <input type="checkbox"/> Медицинская история и отчет врача | |
| | | <input type="checkbox"/> Записи, касающиеся выставления счетов | |
| | | <input type="checkbox"/> Рентгеновские снимки | |
| | | <input type="checkbox"/> Отчет по снимкам | |
| | | <input type="checkbox"/> Другое _____ | |
| | | | Конкретные даты/годы: |
| КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ | | | |
| Если ваша медицинская информация содержит что-либо из следующего, отметьте соответствующие категории. | | | |
| Делая отметки в полях ниже, вы даете разрешение на раскрытие конфиденциальной информации: | | | |
| <input type="checkbox"/> Злоупотреблением алкоголем/наркотическими веществами или нелегальными веществами | | <input type="checkbox"/> Поведенческое здоровье / Психотерапевтические записи | |
| | | <input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем | |
| | | <input type="checkbox"/> ВИЧ / СПИД Тестирование / результаты | |
| | | <input type="checkbox"/> Генетические записи | |
| РАЗРЕШЕНИЕ | | | |
| Я понимаю, нижеследующее: Запросы копий медицинской документации облагаются сбором за воспроизведение в соответствии с федеральными законами и законами штата. • Я имею право отозвать это разрешение в любое время. Отзыв должен быть оформлен в письменном виде и отправлен по почте в Департамент управления медицинской информацией (Health Information Management Department) по следующему адресу: Confluence Health, P.O. Box 3510, Wenatchee, WA 98807. С помощью этого разрешения отзыв не будет применен к информации, которая уже была раскрыта. • Если отзыв не будет осуществлен иным образом, срок действия этого разрешения истечет через 90 дней после даты подписания. • Лечение, оплата, участие в программе или право на получение льгот не могут быть обусловлены подписанием мной данного разрешения. • Любое раскрытие информации предполагает возможность несанкционированного разглашения, и информация может быть не защищена федеральными правилами конфиденциальности. | | | |
| Имя, фамилия пациента / законного представителя печатными буквами: | | Кем приходится пациенту: | |
| Подпись пациента / законного представителя: | | Дата: | |
| | | Время: | |
| Подпись несовершеннолетнего (в возрасте 13-17 лет) в случае запроса конфиденциальной информации: | | | |