

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

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 (<i>Кто</i> может получить информацию?):			Телефон: _____
			Факс: _____
Имя лица / Название учреждения (<i>Куда</i> 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"/> Страховая компания	<input type="checkbox"/> Другое
<input type="checkbox"/> Личное пользование	<input type="checkbox"/> Выставление счетов/Требования	<input type="checkbox"/> Обучение/Занятость	

СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ

Я даю разрешение на передачу моих записей следующим способом:				Только в отношении рентгеновских снимков
<input type="checkbox"/> Почтовая служба США- Только для бумажных документов		<input type="checkbox"/> Факс	<input type="checkbox"/> Получение - CWH Radiology	
<input type="checkbox"/> Просмотр/Доступ к личной медицинской информации			<input type="checkbox"/> Получение - WVH Radiology	
<input type="checkbox"/> Эл. почта		<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> Получение - Moses Lake Radiology	

РАСКРЫВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

<input type="checkbox"/> Посещение кабинета	<input type="checkbox"/> Прививки	<input type="checkbox"/> Сведения о выписке	<input type="checkbox"/> Рентгеновские снимки	Конкретные даты/годы:
<input type="checkbox"/> Лабораторные анализы	<input type="checkbox"/> Отчет о процедуре	<input type="checkbox"/> Медицинская история и отчет врача	<input type="checkbox"/> Отчет по снимкам	
<input type="checkbox"/> Лекарственные препараты	<input type="checkbox"/> Отчет отделения неотложной помощи	<input type="checkbox"/> Записи, касающиеся выставления счетов	<input type="checkbox"/> Другое _____	

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, ниже следующее: 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: