

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Полное имя пациента: _____ Дата рождения: / /

_____ *Фамилия* _____ *Имя* _____ *Средний инициал*

Адрес: _____ Телефон: (_____

_____ *Город* _____ *Штат* _____ *Почтовый индекс*

Кем осуществляется раскрытие документации

- Confluence Health Другое: _____

Кому раскрываются записи (например, страховая компания, адвокат, врач, пациент)

Имя лица / название учреждения (**Кто может получить информацию?**): _____ Телефон: _____

_____ Факс: _____

Адрес лица / название учреждения (**Куда следует отправить информацию?**): _____ Эл. почта: _____

_____ *Улица* _____ *Город* _____ *Штат* _____ *Почтовый индекс*

ЦЕЛЬ РАСКРЫТИЯ

- Продолжение/передача ухода Адвокат/юрист Страховая компания Другое
- Личное пользование Выставление счетов / требования Обучение/трудоустройство

СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ

Я даю разрешение на передачу моих записей указанным ниже способом.

- Почтовая служба США — только для бумажных документов Факс Просмотр / доступ к личной медицинской информации
- Эл. почта MyChart

Пересылка сканирований доступна только по защищенной электронной почте. Проверьте, чтобы была указана электронная почта и выбраны сканирования.

РАСКРЫВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Посещение кабинета Прививки Эпикриз Рентгеновские снимки
- Лабораторные исследования Отчет о процедуре Анамнез и отчет врача Отчет о сканировании
- Лекарственные препараты Отчет отделения неотложной помощи Записи, касающиеся выставления счетов Другое: _____

Конкретные даты/годы:

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если ваша медицинская информация содержит что-либо из указанного далее, отметьте соответствующие категории.

Делая отметки в полях ниже, вы даете разрешение на раскрытие указанной ниже конфиденциальной информации.

- Злоупотребление алкоголем/наркотиками или психотропными веществами Психическое здоровье / записи психотерапии Заболевания, передающиеся половым путем Тестирование или результаты на ВИЧ/СПИД

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 или по электронной почте на адрес HIM@ConfluenceHealth.org. Отзыв не будет применен к информации, которая уже была раскрыта на основании этого разрешения. • 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 зависят от подписания мной данного разрешения. • Любое раскрытие информации предполагает возможность несанкционированного разглашения, и информация может оказаться не защищенной 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: _____