

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель просим о раскрытии медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе в соответствии с изложенным в данной форме. Мне известно, что согласно законодательству штата Нью-Йорк и положению о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г.,

- Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся **АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ*** только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в разделе 7. Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в п. 7 означают мое согласие на ее раскрытие Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) и Департаменту образования г. Нью-Йорка (DOE), которые совместно руководят Отделом школьного здравоохранения (Office of School Health)
- В случае моего согласия на раскрытие информации о лечении ВИЧ/СПИД, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц с доступом к получению или использованию без моего разрешения моей информации, касающейся ВИЧ/СПИД. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ/СПИД я подвергнусь дискриминации, я могу обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (212) 480-2493) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
- Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив поставщиков медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
- Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
- Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть далее раскрыта DOHMH или DOE (за исключением случаев, описанных в разделе 2); на дальнейшее ее раскрытие федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
- Я даю разрешение всем своим поставщикам медицинских услуг на предоставление Департаменту здравоохранения г. Нью-Йорка и Департаменту образования г. Нью-Йорка медицинской информации и на ее обсуждение.

7. Информация, подлежащая раскрытию и обсуждению:
 Полная медицинская документация (в письменной и устной форме), в т. ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная от других поставщиков медицинских услуг.

Если здесь поставлена отметка, разрешаю раскрывать и обсуждать медицинскую информацию, касающуюся исключительно

(Отметьте здесь, если вы не хотите предоставлять разрешение на использование/обсуждение вашей полной медицинской документации. В п. 9 укажите срок действия разрешения.)

Разрешаю включить следующую информацию. (Поставьте инициалы напротив) _____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости. Указать документы и организацию, предоставляющую эту информацию: _____ _____ Психиатрическое лечение _____ Информация о ВИЧ/СПИД
--

8. Основание для раскрытия информации: Информация раскрывается по просьбе пациента/его представителя, за исключением следующих случаев:	9. Срок действия разрешения истекает с момента прекращения обучения пациента в школе или программе Департамента образования г. Нью-Йорка или обслуживания Отделом школьного здравоохранения, за исключением следующих случаев**:
---	--

10. Имя и фамилия подписывающего лица (если не сам пациент):	11. Лицо, подписывающее документ от имени пациента, имеет на то законное право в связи с тем, что является его родителем/опекуном, или в связи со следующими обстоятельствами:
--	--

Все разделы заполнены, ответы на мои вопросы об этой форме получены, копия документа мне предоставлена.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

* ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо как имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.

**Если в разделе 9 указана конкретная дата, срок действия документа истекает в этот день; родителям/ опекунам и другим законным представителям необходимо представить новую форму.