Заявление о выдаче медицинских документов

CHAS Health • Attn: Health Records
611 N. Iron Bridge Way, Spokane, WA 99202 • Телефон: 509.434.0381 • Факс: 509.434.0392

Разрешение на получение и выдачу моей медицинской документации медицинским центром CHAS Health (*заполнение обязательно)

*Полное имя пациента: _____ *Дата рождения:_____

Прежнее имя: _____ *Телефон для связи в дневное время: _____

Данные нужны до (указать дату):_____

***Если отмечены оба варианта, персонал CHAS Health выдаст документацию указанным способом и направит ее по указанному адресу.**

Прошу и уполномочиваю медицинский центр CHAS Health: ☐ выдать документацию ☐ получить документацию
(отметьте нужное) **☐ по эл. почте ☐ по факсу ☐ по почте**

Полное имя:_____ Адрес эл. почты:_____

Почтовый адрес:_____ Факс:_____

Город: _____ Телефон: _____

Штат:_____ Почтовый индекс:_____

***Вы можете использовать или выдавать следующую медицинскую документацию** (отметьте нужное):

☐ только устно ☐ только в виде документов ☐ устно и в виде документов ☐ только информацию о записи на прием

Информация, которая подлежит выдаче:

☐ Счета
☐ Выписки из мед. карты
☐ Информация о стоматологических услугах: ☐ выписки ☐ рентген
☐ Вся медицинская информация (кроме конфиденциальной информации, указанной ниже) за последние 2 года, если не указано иное.
☐ Снимки/данные диагностики
☐ Данные о прививках
☐ Результаты лабораторных и гистологических исследований
☐ Список лекарств
☐ Акушерские данные
☐ Другая информация_____

Я понимаю, что моя медицинская документация может содержать информацию о диагностике/лечении психических, поведенческих и психологических расстройств, употреблении и злоупотреблении наркотиками или алкоголем, инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИДе), ВИЧ-статусе и генетическом тестировании.

Я даю согласие на выдачу следующей информации (отметьте нужное):

☐ злоупотребление наркотиками и (или) алкоголем
☐ ВИЧ/СПИД
☐ психические/поведенческие расстройства
☐ инфекции, передающиеся половым путем

*Причина выдачи разрешения: ☐ по требованию лица; ☐ другое _____

*Срок действия разрешения: ☐ дата: ____/____/____ **АК** ☐ цель (однократная выдача): _____

Если дата не указана, срок действия данного разрешения истекает через 90 дней с момента подписания.
Если причиной выдачи документации **РАБОТОДАТЕЛЮ** или **ФИНАНСОВОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ** не является осуществление выплат, данное разрешение действительно в течение 90 дней.

выплат, данное разрешение действительно в течение 90 дней. Пациент может отозвать данное разрешение в любое время до истечения срока действия, направив CHAS письменное уведомление. Информация, выданная на основании данного разрешения, утрачивает защиту федерального законодательства и может оказаться в распоряжении третьих лиц. Согласно законодательству штата и федеральному законодательству персональная медицинская информация и (или) медицинские документы, содержащие сведения о диагностике и лечении алкогольной и наркотической зависимости, психических расстройствах и инфекциях, передающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, составляют не подлежащую разглашению конфиденциальную информацию, которая может быть передана третьим лицам только с разрешения ее обладателя, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством. Я понимаю, что мои сведения о лечении алкогольной и (или) наркотической зависимости защищены федеральными правилами, которые регламентируют конфиденциальность документов пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью (часть 2 раздела 42 CFR), и Законом об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996 г. (части 160 и 164 раздела 45 CFR) и не подлежат раскрытию без моего письменного разрешения, если иное не предусмотрено нормативными требованиями.

Я понимаю, что могу не подписывать данное разрешение. CHAS не вправе считать наличие разрешения на раскрытие информации обязательным условием предоставления лечения, приема оплаты, регистрации в программах медицинского страхования или установления страхового статуса. Электронные подписи. Данное заявление о выдаче медицинских документов (далее — «Договор») и все сопутствующие документы считаются подписанными, если стороны поставили электронные подписи. Подписавшая сторона заключает настоящий Договор в электронном виде, выражает свое согласие соблюдать условия настоящего Договора и подтверждает, что электронная подпись является подлинной и юридически равнозначной собственноручной подписи во всех предусмотренных законом случаях, включая Закон об электронных подписях в мировой и национальной торговле (Federal Electronic Signatures in Global and National Commerce Act) и любой другой закон штата, основанный на Единообразном законе об электронных сделках, и стороны настоящим отказываются от любых возражений против обратного. Подписывающая сторона признает, что данное условие является неотъемлемой частью настоящего Договора.

_____ _____ _____

*Подпись/юридически ответственная сторона Кем приходится пациенту *Дата

Для оказания услуг в штате Вашингтон достаточно только подписи несовершеннолетнего лица для раскрытия информации о медицинском обслуживании, связанной с 1) венерические заболевания, включая ВИЧ/СПИД (возраст 14+), 2) злоупотребление алкоголем и наркотиками (возраст 13+), 3) информация о психическом здоровье (возраст 13+), 4) услуги по контролю над рождаемостью, 5) услуги по прерыванию беременности, и 5) услуги по дородовому уходу.

_____ _____

Подпись несовершеннолетнего пациента Дата