OLE HEALTH

Бирка пациента

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Имя пациента: _____ Дата рождения: ____/____/_____ Номер телефона: (___)_____

Адрес: _____ Город _____Штат _____Почтовый индекс:_____

Медицинские центры OLE Health Centers прилагают необходимые усилия, чтобы ограничить раскрытие защищенной медицинской информации минимальным количеством сведений, необходимых для достижения намеченной цели.

Я разрешаю OLE Health (выберите один вариант): ____Раскрывать мои данные (кому):___Запрашивать мои данные (у кого):

Лицо/Организация: _____

Адрес: _____ Город _____Штат _____Почтовый индекс: ____

Номер телефона: (____)_____Номер факса: (____)_____

Причина запроса (выберите все подходящие варианты):

☐ Продолжительность лечения (дата посещения):_____

☐ Страхование ☐ Другое:_____

Диапазон дат записей, разрешенных данным Запросом: От ____/_____/_____ До _____/_____/_____

Способ раскрытия информации: ☐ Бумажная копия ☐ CD/USB (только для стоматологической визуализации)

Способ доставки информации: ☐ Самовывоз (если применимо) ☐ Факс ☐ Почта

Тип запрашиваемых записей:

_____Стоматологическая карта ☐ Стоматологическая карта (стоматологическая история и информация о посещениях)

☐ Стоматологическая карта (рентгенограмма)

_____ Медицинские записи

☐ Вся личная медицинская информация (записи о посещениях, записи о дородовом наблюдении, лабораторные анализы, результаты обследований, список лекарств и т. д.)

Только указанные записи:

☐ Результаты лабораторных исследований ☐ Результаты визуализации ☐ Лекарства ☐ Список проблем ☐ Прививки

☐ Физические обследования

☐ Консультационные заметки (указать):_____

☐ Дородовые/послеродовые записи:_____

☐ Другое (опишите): _____

Конфиденциальная информация о пациенте

Следующая информация не будет раскрыта, если вы не дадите нам на это специального разрешения, отметив галочкой поле(я) ниже:

☐ Сексуальное/репродуктивное здоровье/уход, связанный с гендерной идентичностью — контрацепция, аборты, лечение ИППП, уход, связанный с гендерной идентичностью (CMIA §56.11)

☐ Информация, касающаяся диагностики или лечения психических заболеваний (Кодекс о социальном обеспечении и учреждениях, §§5328 и далее).

☐ Обнародование результатов тестирования на ВИЧ/СПИД (Кодекс о здоровье и безопасности §120980(g)).

☐ Раскрытие информации о генетическом тестировании (Кодекс о здоровье и безопасности §124980(j))

OLE HEALTH

Бирка пациента

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

ПРИМЕЧАНИЕ:

Ваша медицинская карта может содержать информацию, касающуюся услуг по борьбе с ВИЧ/СПИДом, алкоголем/наркотиками или поведенческими/психическими заболеваниями. Фактические записи о лечении ВИЧ/СПИДа, алкогольной/наркотической зависимости и/или поведенческих/психических расстройств не будут раскрываться, если
это не указано конкретно на первой странице.

ИСТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ:

ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ:
Настоящее разрешение вступает в силу немедленно и **останется в силе в течение одного (1) года** с даты подписания, если здесь не указана иная дата: _____/ _____/ _____.

КОММЕНТАРИИ:

- Я могу отказаться подписать это разрешение, и мой отказ не повлияет на мою возможность получить лечение или оплату.
- Я могу отозвать это разрешение в любое время. Мой отзыв должен быть оформлен в письменной форме, подписан мной или от моего имени и доставлен в любой центр здравоохранения OLE Health.
- Мой отзыв вступит в силу с момента получения, но не повлияет на использование или раскрытие информации, сделанное в период действия моего разрешения.
- Я имею право получить копию этого разрешения.
- Я могу проверить и получить копию медицинской информации, использование/раскрытие которой я разрешаю.
- С меня может взиматься плата за запросы на большие объемы записей (максимальная плата составляет 10 долларов США за каждый соответствующий запрос)

ОГРАНИЧЕНИЯ

Законодательство штата Калифорния запрещает получателю дальнейшее раскрытие вашей медицинской информации, за исключением случаев, когда получатель получает другое разрешение от лица, которому она принадлежит, или если раскрытие требуется или разрешено законом. Эта защита не распространяется на получателей за пределами штата Калифорния.

ПОДПИСИ:

Имя (печатными буквами): _____ Подпись:_____ Дата:_____

Если документ подписан кем-то другим, а не пациентом, укажите печатными буквами имя и степень родства:

Имя (печатными буквами): _____ Кем приходится пациенту: _____

Подпись:_____ Дата:_____

ОТЗЫВ: Я понимаю и признаю, что отзыв/отмена данного обозначения не распространяется на информацию, которая уже была раскрыта, и не влияет на действия, предпринятые OLE Health до этого запроса.

Пожалуйста, поставьте подпись и дату, чтобы отозвать это разрешение: Подпись: _____ Дата: _____