



РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ ОБ УНИФИКАЦИИ И УЧЕТЕ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НПРАА)

[Эта форма утверждена Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк]

Имя пациента	Дата рождения	Номер социального страхования
Адрес пациента		

Я или мой уполномоченный представитель просим раскрыть медицинскую информацию о моем лечении и уходе, как указано в этой форме.

В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк и положением о защите персональных данных (Privacy Rule) Закона об унификации и учете в области медицинского страхования 1996 г. (НПРАА) я понимаю, что:

1. Это разрешение может включать раскрытие информации касательно **АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**, за исключением заметок психотерапевта, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ***, только если я проставлю свои инициалы в соответствующей строке пункта 9(а). Если медицинская информация, описанная ниже, включает информацию этого вида, и я проставлю свои инициалы в соответствующем поле пункта 9(а), я специально разрешаю раскрытие такой информации лицу(-ам), указанному(-ым) в пункте 8.

2. Если я настоящим разрешаю раскрытие информации, связанной с ВИЧ, лечением от алкогольной или наркотической зависимости или лечением психических заболеваний, лицу, получившему такую информацию, запрещается повторно раскрывать эту информацию, за исключением случаев, когда такое раскрытие разрешено федеральным законодательством или законодательством штата. Я понимаю, что у меня есть право требовать предоставления мне перечня лиц, которые могут получить или использовать информацию, связанную с ВИЧ, без разрешения. Если я подвергнусь дискриминации по причине обнаружения или раскрытия информации, связанной с ВИЧ, я могу связаться с Отделом по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону (212) 480-2493 или Комиссией по правам человека города Нью-Йорк (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 306-7450. Эти органы отвечают за защиту моих прав.

3. У меня есть право отозвать это разрешение в любое время, написав поставщику медицинских услуг, указанному ниже. Я понимаю, что могу отозвать это разрешение, за исключением случаев, когда, исходя из этой информации, уже были осуществлены определенные действия.

4. Я понимаю, что подписание этого разрешения является добровольным. Мое разрешение на раскрытие такой информации не будет условием моего лечения, оплаты, участия в программе медицинского страхования или соответствия критериям для получения пособий.

5. Информация, раскрытая в соответствии с этим разрешением, может быть повторно раскрыта получателем такой информации (за исключением случая, упомянутого в пункте 2 выше), и это повторное раскрытие может уже не быть защищено федеральным законодательством или законодательством штата.

6. ЭТО РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ДАЕТ ВАМ ПРАВО ОБСУЖДАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ, КАСАЮЩУЮСЯ МЕНЯ, ИЛИ ОКАЗЫВАЕМУЮ МНЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ С КАКИМИ-ЛИБО ЛИЦАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ АДВОКАТА ИЛИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОРГАНА, УКАЗАННОГО В ПУНКТЕ 9(б).

7. Название и адрес поставщика медицинских услуг или лица, осуществляющего передачу этой информации:

8. Имя и адрес лиц(-а) или категории лиц, которым будет отправлена данная информация:

9(а). Конкретная информация, подлежащая раскрытию:

- Медицинская карта с (указать дату) _____ до (указать дату) _____.
- Полная медицинская карта, включая истории болезни, заметки врача (за исключением заметок психотерапевта), результаты анализов, рентгенологические исследования, пленки, консультации, записи о выставленных счетах, а также записи, отправленные вам другими поставщиками медицинских услуг.

Другое: _____ Включая: (Проставьте инициалы)
 _____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости
 _____ Информация о состоянии психического здоровья
 _____ Информация, связанная с ВИЧ-инфекцией

Разрешение обсуждать медицинскую информацию

(б) Проставив здесь _____ свои инициалы, я даю разрешение _____
 Инициалы _____ Название индивидуального поставщика медицинских услуг
 обсуждать медицинскую информацию, касающуюся меня, с моим адвокатом или государственным органом, указанным здесь:

(Адвокат/название фирмы или название государственного органа)

10. Причина раскрытия информации:

- По запросу физического лица
 Другое:

11. Дата или событие, при наступлении которых это разрешение теряет силу:

12. Если подписывает не пациент, имя лица, подписывающего форму:

13. Право подписи от имени пациента:

Были заполнены все пункты этой формы и были получены ответы на все мои вопросы касательно этой формы. Кроме того, мне была предоставлена копия этой формы.

 Подпись пациента или законного представителя.

Дата: _____

* Вирус иммунодефицита человека, вызывающий заболевание СПИДом. Закон об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк защищает информацию, которая может обоснованно идентифицировать то или иное лицо как имеющее симптомы ВИЧ или как ВИЧ-инфицированное, а также информацию о контактах такого лица.