



Разрешение на предоставление или раскрытие
интегрированной информации о здоровье
(Authorization to Release or Disclose Integrated
Health Information: Russian)

MRN: _____
Office Use Only

Информация о пациенте (Patient Information)

Имя, фамилия (Patient Name): _____

Дата рождения (DOB): (месяц/число/год) _____

Адрес (Address): _____

Город (City): _____ Штат (State): _____ Zip код (Zip Code): _____

Телефон (Tel. No.): _____

Email Address: _____

Зарегистрированы ли вы на Портале пациента? (обведите): ДА / НЕТ

(Are you registered for the Patient Portal) (Circle) (YES / NO)

Получатель информации о здоровье (Recipient of Health Information)

Настоящим я разрешаю **сотрудникам и поставщикам медицинских услуг Elica Health Centers:**
(I hereby authorize Elica Health Centers, its staff and providers, to)

☐ **Сообщить:** (Disclose to)

☐ **Запросить:** (Request from)

Персона/Организация (Person/Organization): _____

Адрес (Address): _____

Город (City): _____ Штат (State): _____ Zip код (Zip Code): _____

Телефон (Tel. No.): _____ Факс (Fax Number): _____

Email Address: _____

Способ доставки: ☐ **Почта** ☐ **Факс** ☐ **Из рук в руки** ☐ **Защищенный Email**
(Delivery Method) (Mail) (Fax) (Pick Up) (Secure Email)

Цель раскрытия информации (Purpose of Disclosure)

Цель раскрытия информации о моем здоровье:
(The purpose of the disclosure of my health information is)

☐ Координация ухода (Care Coordination) ☐ Юридическое/медицинское расследование (Legal/Medical Investigation)

☐ Счета/платежи (Billing/Payment Activities) ☐ Личное использование (Personal Use)

☐ Другое (Поясните)(Other): _____

Информация, подлежащая раскрытию (Information to be Disclosed)

Я разрешаю раскрыть следующую информацию:
(I authorize the following information to be disclosed)

- ☐ Вся медицинская информация и записи, в том числе медицинская и стоматологическая документация, результаты лабораторных исследований, рентгенов, диагнозы, консультации, лечение, рецепты.
(All of my health information and records, including, my medical records, lab results, radiology results, diagnoses, consult notes, dental records, treatment, and prescriptions.)

Даты (Date Range): _____

ИЛИ (OR)

- ☐ Только следующая информация (Поясните) (Only the following information (Specify)): _____

Информация, подлежащая раскрытию (Information to be Disclosed)

Я разрешаю раскрытие следующей медицинской информации, подлежащей особой защите (42 C.F.R. §§ 2.34 и 2.35; Кодекс здравоохранения и безопасности штата Калифорния §§ 120980 и 124800) [отметьте и поставьте инициалы рядом со всеми подходящими вариантами]:

I authorize the disclosure of the following specially protected health information (42 C.F.R. 2.34 & 2.35; CA HSC 120980 & 124800) [check and initial all that apply]

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ Лечение поведенческого здоровья (не включая психотерапевтические заметки)
(Behavioral Health Treatment (not including psychotherapy notes)) | Инициалы : _____
(Initials) |
| ☐ Результаты тестов HIV/AIDS
(HIV/AIDS Test Results) | Инициалы: _____
(Initials) |
| ☐ Результаты генетического тестирования
(Genetic Testing Results) | Инициалы: _____
(Initials) |
| ☐ Сексуально-трансмиссивные или другие инфекционные заболевания
(Sexually Transmitted or Other Communicable Diseases) | Инициалы: _____
(Initials) |
| ☐ Записи о лечении алкогольной/наркотической зависимости
(Alcohol/Drug Treatment Records) | Инициалы: _____
(Initials) |
| ☐ Платежные документы
(Billing Records) | Инициалы: _____
(Initials) |

Истечение срока действия и Отзыв разрешения (Expiration and Revocation)

Настоящее Разрешение истекает ____ / ____ / ____ (если дата не указана, то данное Разрешение действительно через один (1) год со дня моей подписи ниже.

(This Authorization will expire (If no date noted, this Authorization is valid one (1) year from the date of my signature below.))

Я могу отказать в подписании данного Разрешения, что не повлияет на мое лечение или оплату медицинского обслуживания.

(I may refuse to sign this authorization, which will not affect my treatment or payment for healthcare.)

Я могу отозвать данное Разрешение в любое время до того, как информация, которую я запросил, будет передана, направив письменное уведомление об отзыве, как указано в Уведомлении о правилах конфиденциальности

(I may revoke this authorization at any time before the information I have requested is released by providing written notice of revocation as specified in the Notice of Privacy Practices.)

Подпись (Signature)

Я понимаю, что : (I understand that)

- Подписывая данную форму, я разрешаю использовать/раскрывать медицинскую информацию, как указано выше.
(By signing this form, I am authorizing the use or disclosure of protected health information as indicated above)
- Я понимаю, что моя комплексная медицинская информация является конфиденциальной и не может быть раскрыта без моего письменного согласия, если только иное не разрешено или не требуется по закону.
(I understand that my integrated health information is confidential and cannot be disclosed without my written consent unless other authorized or required by law.)
- Если на полученную часть не распространяется действие законов о конфиденциальности меддокументации, получатель может заново раскрыть информацию, и она больше не подлежит защите в соответствии законодательством. Медицинские центры Elica не несут ответственности за последствия повторного раскрытия.
(If the receiving part is not subject to medical records privacy laws, the information may be re-disclosed by the recipient, and may no longer be protected by federal or state law. Elica Health Centers shall not be held liable for any consequences resulting from re-disclosure.)
- Elica Health Centers не будут использовать/передавать мою медицинскую информацию без моего ведома.
(Elica Health Centers will not use or share my health information for marketing or payment without letting me know.)
- Мне будет предоставлена копия этой подписанной формы.
(A copy of this signed form will be provided to me.)
- Elica Health Centers могут взимать административный сбор для покрытия расходов на оплату труда, копирование и почтовые расходы. Отдел медицинской информации проинформирует меня о любых сборах и организует оплату.
(Elica Health Centers may charge an administrative fee to cover the cost of labor, copying, and postage. Health Information office will inform me of any charges and arrange for payment.)
- Обработка этого запроса может занять до 15 дней или в соответствии с требованиями закона.
(Processing this request may take up to 15 days or as required by law.)
- Данная форма соответствует требованиям 45 C.F.R. 164.508(c), CA HSC 123111(a), & Civil CA Code §56.11.
(This form complies with requirements of 45 C.F.R. 164.508(c), CA HSC 123111(a), & Civil CA Code §56.11.)
- У меня была возможность ознакомиться и понять содержание формы авторизации. Подписывая это Разрешение, я подтверждаю, что оно точно отражает мои пожелания.
(I have had an opportunity to review and understand the content of the authorization form. By signing this authorization, I am confirming that it accurately reflects my wishes.)

Подпись пациента/представителя
(Patient / Representative Signature)

Дата
(Date)

Если пациент является несовершеннолетним/не может подписать, а вы являетесь родителем, опекуном или представителем, подписывающим документ от имени пациента, пожалуйста заполните следующие поля:
(If patient listed above is a minor or unable to sign and you are a parent, legal guardian, or personal representative signing on behalf of this patient, please sign above your name and complete the following)

Имя печатными буквами
(Print Name)

Отношение к пациенту
(Relationship to Patient)