

ФОРМА СОГЛАСИЯ НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTHORIZATION FORM - HIPAA (RUSSIAN)

Elica Health Centers заботится об обеспечении защиты данных пациентов от несанкционированного доступа или раскрытия, как того требует **HIPAA** - закон защиты медицинской информации пациентов. Эта форма **раскрытия либо нераскрытия медицинской информации** позволяет вам сообщить, какие сведения вы хотели разрешить передавать и добавит людям из вашего окружения. Вы можете также отказаться от раскрытия медицинской информации. Врачи будут общаться с пациентами по вопросам их лечения или ухода только: лично, по телефону, или через портал пациента.

Информация пациента			
Фамилия:	Имя:	Второе [middle] имя:	Дата рождения:

Коммуникация: какие сообщения и каким образом вы хотите получать. (Могут применяться тарифы оператора.)			
	Телефон	СМС	Email/портал
Все из предложенного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сообщения о здоровье (результаты тестов, анализов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Напоминания о визите	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Новости (о здравоохранении, новых программах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Информация о счетах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

С кем вы разрешаете делиться медицинской информацией. Каждое поле - для отдельного человека.

Персона #1	Персона #2
Имя, Фамилия (на английском):	Имя, Фамилия (на английском):
Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____	Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.
Персона #3	Персона #4
Имя, Фамилия (на английском):	Имя, Фамилия (на английском):
Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____	Отношение (родство): <input type="checkbox"/> Мама <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тетя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнер <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	<input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">ИЛИ</p> <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. <input type="checkbox"/> Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.

Я НЕ РАЗРЕШАЮ передавать или сообщать какую-либо информацию КОМУ-ЛИБО.

Подписывая настоящую **форму раскрытия / нераскрытия информации в соответствии с HIPAA**, я разрешаю Elica Health Centers обновлять и передавать мою медицинскую информацию в соответствии с указанным выше. Данное разрешение отменяет все предыдущие и распространяется только на информацию и на лиц, указанных в этой форме.

Срок действия данного разрешения **истекает через 1 год с даты подписания настоящей формы раскрытия / нераскрытия HIPAA** либо ранее при наступлении следующего события (указать событие прекращения действия): _____

Имя и фамилия пациента	Отношение к пациенту (например: пациент, родитель, опекун)
Подпись пациента / опекуна	Дата

Office Use Only	
Effective Date:	Updated By: