

Elica Health Centers стремится защищать вашу медицинскую информацию. Эта форма позволяет добавить, обновить или изменить ваши предпочтения по обмену защищённой медицинской информацией. Она помогает нам понять, какую информацию вы разрешаете передавать людям из вашего окружения. Специалисты Elica могут обсуждать вопросы вашего лечения и ухода лично, по телефону или через портал для пациентов.

Информация о пациенте					
Фамилия:	Имя:	Отчество:	Дата рождения:		
Укажите предпочтительный способ связи и тему сообщений (могут применяться тарифы на передачу данных)					
	Почта	Телефон	SMS	Email	Портал
Задания			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Новости и объявления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Анкеты				<input type="checkbox"/>	
Управление аккаунтом			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Телемедицина				<input type="checkbox"/>	
Записи на приём	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Оплата	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Здоровье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сообщения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие сообщения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Укажите, с кем вы хотите поделиться информацией. Каждая ячейка предназначена для разных лиц					
Лицо #1 Имя и фамилия: _____ Степень родства: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тётя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнёр <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку любую вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> Мы можем передать записи приёма текущего дня. <input type="checkbox"/> Мы можем передать все результаты анализов.			Лицо #2 Имя и фамилия: _____ Степень родства: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тётя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнёр <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку любую вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> Мы можем передать записи приёма текущего дня. <input type="checkbox"/> Мы можем передать все результаты анализов.		
Лицо #3 Имя и фамилия: _____ Степень родства: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тётя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнёр <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку любую вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> Мы можем передать записи приёма текущего дня. <input type="checkbox"/> Мы можем передать все результаты анализов.			Лицо #4 Имя и фамилия: _____ Степень родства: <input type="checkbox"/> Мать <input type="checkbox"/> Отец <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Сестра <input type="checkbox"/> Брат <input type="checkbox"/> Тётя <input type="checkbox"/> Дядя <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Партнёр <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/> Мы можем сообщить этому человеку любую вашу медицинскую информацию. <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> Мы можем передать записи приёма текущего дня. <input type="checkbox"/> Мы можем передать все результаты анализов.		
<input type="checkbox"/> Я не хочу, чтобы ЧТО-ЛИБО сообщалось или передавалось КОМУ-ЛИБО.					
Подписывая эту форму раскрытия/неразглашения информации, я уполномочиваю Elica Health Centers обновить мою медицинскую информацию в соответствии с указанными выше изменениями. Данное разрешение отменяет любые предыдущие, распространяется только на лиц и информацию, указанные в форме. Разрешение действительно в течение 1 года с даты подписания или до наступления события (уточните): _____					
Имя и фамилия пациента (печатными буквами)			Степень родства с пациентом (напр., сам пациент, родитель, опекун)		
Подпись пациента / опекуна			Дата		
OFFICE USE ONLY					
Effective Date: _____			Updated By: _____		