

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ НА ОСНОВАНИИ HIPAA

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Номер социального страхования
Адрес пациента		

Я или мой правомочный представитель запрашиваем раскрытие медицинской информации о предоставляемом мне лечении и уходе согласно изложенному в данной форме. В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк и положением о защите конфиденциальных данных Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) 1996 г., я понимаю, что:

1. Настоящее разрешение может распространяться на раскрытие информации, касающейся АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, за исключением заметок психотерапевта, а также КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ* только при указании мной инициалов на отведенной для этого линии в разделе 9(а). Если нижеуказанная медицинская документация включает информацию такого рода, мои инициалы в разделе 9(а) означают мое согласие на ее раскрытие лицам, указанным в разделе 8.
2. Лицу, получившему доступ к информации о лечении ВИЧ, алкогольной или наркотической зависимости или психических расстройств, запрещается ее последующее раскрытие без моего согласия, за исключением случаев, предусмотренных федеральным и штатовским законодательством. Я понимаю, что имею право затребовать список лиц, которые без моего разрешения могут получить доступ или использовать мою личную информацию, имеющую отношение к ВИЧ. Если вследствие раскрытия или разглашения информации о ВИЧ я подвергнусь дискриминации, я могу обращаться в Управление штата по правам человека (New York State Division of Human Rights, (212) 480-2493) или в Городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights, (212) 306-7450). Эти организации несут ответственность за защиту моих прав.
3. Я имею право в любое время отозвать данное разрешение, письменно известив нижеуказанного поставщика медицинских услуг. Я понимаю, что отзыв не распространяется на случаи ранее предпринятых на основании разрешения действий.
4. Я понимаю, что подписание разрешения носит добровольный характер и не является условием для лечения, оплаты услуг, участия в программе медицинского страхования и получения пособий.
5. Раскрытая на основании данного разрешения информация может быть впоследствии раскрыта ее получателем (за исключением случаев, описанных в разделе 2); на последующее ее раскрытие защита федерального или штатовского законодательства может не распространяться.
6. Настоящим я даю всем своим поставщикам медицинских услуг разрешение на раскрытие и обсуждение нижеуказанной информации с Департаментом здравоохранения, его сотрудниками, представителями и подрядчиками.

<p>7. Информация, подлежащая раскрытию:</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинская документация с (указать дату) _____ по (указать дату) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Полная медицинская документация, в т.ч. история болезни, клинические записи (за исключением записей психотерапевта), результаты анализов, рентгеновские снимки, направления, консультации, выставленные счета, страховая документация и документация, полученная от других поставщиков медицинских услуг.</p> <p><input type="checkbox"/> Другое: _____ Включить: (поставить инициалы) _____ Лечение от алкогольной/наркотической зависимости _____ Информация о состоянии психического здоровья _____ Информация, связанная с ВИЧ</p>	
<p>8. Основание для раскрытия информации:</p> <p><input type="checkbox"/> По индивидуальному запросу</p> <p><input type="checkbox"/> Другое: _____</p>	<p>9. Настоящее разрешение утрачивает силу через один (1) год с момента его подписания пациентом или его полномочным представителем, если не оговорено иное: _____</p>
<p>10. Имя и фамилия подписывающего лица (если не пациент): _____</p>	<p>11. Право подписи от имени пациента: _____</p>

Все разделы заполнены, и ответы на мои вопросы об этой форме получены. Копия документа мне выдана.

_____ Дата: _____
Подпись пациента или полномочного представителя

* ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон штата Нью-Йорк о здравоохранении защищает информацию, позволяющую с достаточной достоверностью идентифицировать лицо как имеющее симптомы ВИЧ или ВИЧ-инфекцию, а также информацию о контактах такого лица.