

1. Информация о клиенте

Имя и фамилия клиента/Прежние имена и фамилии клиента	Дата рождения (мм/дд/гггг)	() Телефон	
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

2. Я разрешаю Органам Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн (PHMDC) раскрывать медицинскую информацию и медицинские записи ИЛИ получать медицинскую информацию и медицинские записи от поставщика медицинских услуг, агентства, организации или лица, указанных ниже:

Название/Имя и фамилия поставщика медицинских услуг, агентства, организации или лица	Идентификатор поставщика			
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	() Телефон

3. Я разрешаю устный обмен медицинской информацией относительно моего ухода и лечения между вышеперечисленными поставщиком медицинских услуг, агентством, организацией или лицом, включая моего лечащего врача и его сотрудников и Органами Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн (PHMDC) (или представителем Органов Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн), в частности, с моей медсестрой общественного здравоохранения:

Имя и фамилия медсестры общественного здравоохранения и номер телефона

4. Медицинская информация или конкретная проблема со здоровьем, подлежащая разглашению/получению/устному обмену:

5. Исключения из этого разрешения включают (укажите запись или информацию):

6. Причина раскрытия информации (Отметьте все, что годится)

- Направление Текущий уход и лечение Определение инвалидности Юридическое расследование Другое _____

7. Раскрытие информации, требующее специального согласия. Моя подпись ниже конкретно разрешает раскрытие медицинской информации, касающейся тестирования, диагностики и лечения для следующих категорий (Поставьте галочку.):

- Психическое здоровье Порок развития Алкогольная и/или наркотическая зависимость ВИЧ-инфекция и СПИД

8. Срок годности. Это разрешение действительно в течение одного года, если не указано иное, и распространяется на будущие записи, созданные после даты подписания, альтернативной даты или события, при условии, что такие лечение и услуги осуществляются, пока это разрешение все еще действует.

Альтернативная дата/событие, если не один год: _____ от _____
дата (мм/дд/гггг) событие

9. Это разрешение на бумажные записи? Да Нет

10. Чтобы раскрыть бумажные медицинские записи Органам здравоохранения города Мэдисон и округа Дейн (PHMDC) по факсу или по почте, используйте ниже указанный адрес: (Пожалуйста, выберите адрес ниже.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858 |
|--|--|---|

Подпись клиента/пациента _____ Дата (мм/дд/гггг) _____

* Подпись родителя несовершеннолетнего, опекуна или уполномоченного представителя _____ Дата (мм/дд/гггг) _____

Пожалуйста, опишите ваши полномочия: _____

*Если подписано родителем несовершеннолетнего, я настоящим заявляю, что мне не было отказано в физическом размещении этого ребенка или доступе к записям этого ребенка. Если опекун, пожалуйста, предоставьте копию действующего письма об опекунстве. В случае подписания агентом по доверенности, пожалуйста, предоставьте копию доверенности и заявления о недееспособности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ ЗАЩИЩАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

Правило конфиденциальности HIPAA требует, чтобы Органы Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн (PHMDC) обеспечивали конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации, не раскрывали ее никому и не использовали ее без вашего согласия, разрешения или если это не разрешено законом.

Вы не обязаны подписывать. Вы не обязаны подписывать этот документ и можете отказаться это делать. Если запрашиваемая информация не является необходимой для обеспечения надлежащего лечения, Органы здравоохранения города Мэдисон и округа Дейн (PHMDC) не откажет вам в предоставлении лечения или других медицинских услуг, если вы откажетесь подписать этот документ.

Отзыв. Вы имеете право отозвать это разрешение в письменной форме в любое время до его окончания. Однако ваш письменный отзыв не повлияет на любое раскрытие вашей медицинской информации, которое лицо, агентство или организация, указанные на обратной стороне этого документа, уже сделали, полагаясь на это разрешение, до того, как вы его отозвали.

Право на просмотр и получение копии. Вы имеете право прочитать и получить копию указанного набора ваших медицинских записей, которые мы храним, в том числе в электронном формате. Если вы запрашиваете предоставление медицинской информации для дальнейшего медицинского обслуживания, плата не взимается. Мы можем взимать разумную плату за расходы на копирование и отправку по почте для других целей.

Срок действия. Это разрешение истечет в день (или событие), указанный в этом документе.

Повторное раскрытие информации. Информация, раскрытая в соответствии с этим разрешением, не защищена федеральными законами о конфиденциальности в той мере, в какой лица, получающие эту информацию, не обязаны по закону сохранять конфиденциальность такой информации.

Последствия отказа подписать. Мы не откажем вам в услугах, если вы откажетесь подписать это разрешение, но мы можем быть ограничены в том, какие услуги мы можем предоставить вам, не имея необходимого доступа к информации о вас.

Подписи. Если вам 18 лет или больше, вы являетесь единственным лицом, которое может подписать эту форму, чтобы разрешить разглашение или раскрытие вашей медицинской информации. Если вам еще не исполнилось 18 лет, ваш родитель или опекун должен подписать эту форму за вас; однако во многих случаях это общее правило неприменимо. Для получения дополнительной информации о том, кто уполномочен подписывать эту форму авторизации, обратитесь в отдел конфиденциальности PHMDC.

Право на копию. Вы имеете право на получение копии этого разрешения после его подписания.

Свяжитесь с нами. Для получения дополнительной информации о ваших правах в соответствии с Правилom конфиденциальности HIPAA и другими федеральными законами и законами штата, чтобы получить копию Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности PHMDC, отозвать разрешение или зарегистрировать жалобу, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности PHMDC по адресу:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703

телефон: (608) 266-4821; Факс: (608) 266-4858
имейл: health@publichealthmdc.com

Вы можете обратиться к сотруднику по вопросам конфиденциальности PHMDC, чтобы получить копию нашего Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности, или посетить наш веб-сайт по адресу <http://www.publichealthmdc.com/about> чтобы получить копию.