

Разрешение на разглашение медицинской информации (включая информацию о лечении алкогольной/наркотической зависимости и психиатрическом лечении) и конфиденциальной информации в отношении ВИЧ/СПИДа

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер пациента
Адрес пациента		

Я (или мой уполномоченный представитель) прошу (просит) предоставлять медицинскую информацию в отношении моего обслуживания и лечения в соответствии с указаниями в данной форме. Я понимаю, что:

1. Данное разрешение распространяется на разглашение информации, связанной с лечением АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ, и КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ/СПИДа только в том случае, если я поставлю свои инициалы в соответствующей графе пункта 8. Если медицинская информация, описанная ниже, включает какую-либо из вышеперечисленной информации и я ставлю свои инициалы в графе пункта 8, я в частности даю разрешение на разглашение данной информации лицу или лицам, указанным в пункте 6.
2. За некоторыми исключениями, получатель информации может повторно разглашать однажды разглашенную информацию. Если я даю разрешение на разглашение информации в отношении ВИЧ/СПИДа, лечения алкогольной или наркотической зависимости или психиатрического лечения, получателю данной информации запрещается повторно разглашать или использовать данную информацию с какой-либо целью без моего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законодательством штата или федерального уровня. Если в связи с разглашением или раскрытием информации в отношении ВИЧ/СПИДа я подвергнусь дискриминации, я могу связаться с Управлением по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону 1-888-392-3644. Данное учреждение обязано защитить мои права.
3. Я имею право отозвать данное разрешение в любой момент, пошлав письменное уведомление поставщику, указанному ниже в пункте 5. Я понимаю, что отзыв данного разрешения не будет распространяться на действия, которые уже были совершены на основании данного разрешения.
4. Подписание данного разрешения является добровольным. Я понимаю, что в целом мое лечение, оплата, регистрация в плане здравоохранения или право на получение пособий не будет зависеть от моего разрешения на разглашение информации. Однако я понимаю, что в случае неподписания данного согласия, при некоторых обстоятельствах в лечении мне может быть отказано.

5. Имя и фамилия (наименование) и адрес поставщика (учреждения), имеющего право на разглашение данной информации:			
6. Имя, фамилия и адрес лица (лиц), которому (которым) может быть разглашена данная информация:			
7. Цель разглашения информации:			
8. За исключением случая предварительного отзыва данного согласия, определенная, указанная ниже информация, может быть разглашена, начиная с: _____ ДО _____ <small>УКАЖИТЕ ДАТУ НАЧАЛА</small> <small>УКАЖИТЕ ДАТУ ОКОНЧАНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ СОГЛАСИЯ ИЛИ СОБЫТИЕ</small>			
<input type="checkbox"/> Вся медицинская информация (в письменной и устной форме), за исключением:			
Для включения в данную форму нижеследующего укажите информацию, подлежащую разглашению, и поставьте свои инициалы.	<input type="checkbox"/> Медицинская документация программ лечения алкогольной/наркотической зависимости	Информация, подлежащая разглашению	Инициалы
	<input type="checkbox"/> Медицинская документация программ лечения психических заболеваний*		
	<input type="checkbox"/> Информация в отношении ВИЧ/СПИДа		
9. Имя и фамилия лица, подписывающего форму (если это не пациент):		10. Документ на основании которого разрешено подписание от лица пациента	

Все пункты данной формы заполнены, я получил(а) ответы на мои вопросы относительно данной формы, и мне предоставили копию данной формы.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

Заявление и подпись свидетеля: Я являюсь свидетелем подписания данного разрешения и заявляю, что копия подписанного разрешения была передана пациенту и (или) уполномоченному представителю пациента.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕРСОНАЛА

ПОДПИСЬ

ДАТА

Данная форма может быть использована вместо формы DON-2557 и была утверждена Управлением психического здоровья штата Нью-Йорк (NYS Office of Mental Health) и Управлением наркологической службы штата Нью-Йорк (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) как форма разрешения на разглашение медицинской информации. Однако данная форма не требует от поставщиков медицинских услуг разглашения медицинской информации. Информация о лечении алкогольной/наркотической зависимости или конфиденциальная информация в отношении ВИЧ/СПИДа, подлежащая разглашению посредством данной формы, должна сопровождаться обязательным заявлением о запрете повторного разглашения данной информации.

*Примечание. Информация из медицинской документации психиатрических клиник может быть разглашена в рамках данного разрешения лицам (учреждениям), которые указаны в настоящей форме и могут доказать необходимость в данной информации, при условии, что разглашение информации не принесет неоправданный ущерб пациенту или другому лицу.