

Пациент	ФИО пациента: _____ Дата рождения: _____ Номер врача: _____ Номер социального страхования (SSN): _____ Адрес: _____									
От / Для	<p>Я разрешаю использование и/или разглашение медицинской информации, описанной ниже, для вышеуказанного пациента следующими организациями: (полные адреса, необходимые для обработки запроса)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">ИСТОЧНИК информации для раскрытия:</td> <td style="width: 50%; border: none;">АДРЕСАТ информации для раскрытия:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table> <p><i>Пожалуйста, укажите больницу, клинику или частную клинику, в которой хранятся записи.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>		ИСТОЧНИК информации для раскрытия:	АДРЕСАТ информации для раскрытия:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ИСТОЧНИК информации для раскрытия:	АДРЕСАТ информации для раскрытия:									
_____	_____									
_____	_____									
_____	_____									
Цели	<p><i>Для целей:</i></p> <input type="checkbox"/> По запросу пациента или законного/личного представителя <input type="checkbox"/> Другие цели (укажите каждую цель): _____									
Информация подлежащая передаче	<p><i>Описание содержания информации, которая будет использоваться и/или раскрываться: (применимые изначально)</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Выписной эпикриз <input type="checkbox"/> Анамнез и данные физикальных обследований <input type="checkbox"/> Консультации специалистов <input type="checkbox"/> Протоколы операций <input type="checkbox"/> Дневниковые записи врача <input type="checkbox"/> Температурный лист <input type="checkbox"/> Записи врача-консультанта </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Гистологическое заключение <input type="checkbox"/> Заключение рентгенологических исследований <input type="checkbox"/> Результаты лабораторных исследований <input type="checkbox"/> Результаты ЭКГ <input type="checkbox"/> Записи отделения реанимации и интенсивной терапии <input type="checkbox"/> Назначения врача <input type="checkbox"/> Платежные сведения </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>Информация, подлежащая особой защите</u></p> <input type="checkbox"/> Записи врача о лечении психиатрических расстройств <input type="checkbox"/> Диагностика, лечение наркотической/алкогольной зависимости и записи соответствующих врачей <input type="checkbox"/> Информация о: ВИЧ/СПИД/венерических заболеваниях <input type="checkbox"/> Информация о: Генетическом обследовании (Орегон) _____ </td> </tr> </table> <p>_____ Другая информация (указать): _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Записи для следующих дат или лечения:</p> <p>_____</p> <p>_____ Все медицинские записи вышеуказанного лица (Исключая вышеуказанную информацию, подлежащую особой защите, если ее не требуют указываемые изначально данные)</p>		<input type="checkbox"/> Выписной эпикриз <input type="checkbox"/> Анамнез и данные физикальных обследований <input type="checkbox"/> Консультации специалистов <input type="checkbox"/> Протоколы операций <input type="checkbox"/> Дневниковые записи врача <input type="checkbox"/> Температурный лист <input type="checkbox"/> Записи врача-консультанта	<input type="checkbox"/> Гистологическое заключение <input type="checkbox"/> Заключение рентгенологических исследований <input type="checkbox"/> Результаты лабораторных исследований <input type="checkbox"/> Результаты ЭКГ <input type="checkbox"/> Записи отделения реанимации и интенсивной терапии <input type="checkbox"/> Назначения врача <input type="checkbox"/> Платежные сведения	<p><u>Информация, подлежащая особой защите</u></p> <input type="checkbox"/> Записи врача о лечении психиатрических расстройств <input type="checkbox"/> Диагностика, лечение наркотической/алкогольной зависимости и записи соответствующих врачей <input type="checkbox"/> Информация о: ВИЧ/СПИД/венерических заболеваниях <input type="checkbox"/> Информация о: Генетическом обследовании (Орегон) _____					
<input type="checkbox"/> Выписной эпикриз <input type="checkbox"/> Анамнез и данные физикальных обследований <input type="checkbox"/> Консультации специалистов <input type="checkbox"/> Протоколы операций <input type="checkbox"/> Дневниковые записи врача <input type="checkbox"/> Температурный лист <input type="checkbox"/> Записи врача-консультанта	<input type="checkbox"/> Гистологическое заключение <input type="checkbox"/> Заключение рентгенологических исследований <input type="checkbox"/> Результаты лабораторных исследований <input type="checkbox"/> Результаты ЭКГ <input type="checkbox"/> Записи отделения реанимации и интенсивной терапии <input type="checkbox"/> Назначения врача <input type="checkbox"/> Платежные сведения	<p><u>Информация, подлежащая особой защите</u></p> <input type="checkbox"/> Записи врача о лечении психиатрических расстройств <input type="checkbox"/> Диагностика, лечение наркотической/алкогольной зависимости и записи соответствующих врачей <input type="checkbox"/> Информация о: ВИЧ/СПИД/венерических заболеваниях <input type="checkbox"/> Информация о: Генетическом обследовании (Орегон) _____								
Примечания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Я понимаю, что если информация, раскрываемая в соответствии с данным разрешением, не предназначена для плана медицинского страхования или поставщика, на которого распространяются федеральные законы или законы штата о конфиденциальности, информация может быть повторно раскрыта получателем и более не защищена этими законами. Если информация, раскрываемая в соответствии с данным разрешением, включает информацию о ВИЧ/СПИД, венерических заболеваниях, психическом здоровье, генетическом тестировании и диагностике, лечении или передаче информации о наркотической/алкогольной зависимости, повторное раскрытие данной информации получателем может быть ограничено федеральным законом и нормативными актами, включая 42 свод федеральных правил часть 2 и 445 свод федеральных правил часть 160 и 164 или закон штата. 2. Я могу отказаться подписывать это разрешение. Мой отказ не повлияет на возможность получения лечения, включения в план медицинского страхования, получения пособий или получения оплаты за услуги, если это разрешение не запрашивается для лечения, связанного с научными исследованиями, определением моего права участия или участия в плане медицинского страхования, гарантирования или определения риска или если услуги, связанные с раскрываемой информацией, предоставляются исключительно с целью предоставления этой информации кому-либо еще. 3. Я могу отозвать это разрешение в любое время, уведомив об этом Департамент управления медицинской информацией/медицинской документацией вышеуказанной организации. Тем не менее, любой такой отзыв не будет применяться к любым действиям, предпринятым на основании этого разрешения. В уведомлении о порядке использования конфиденциальной информации PeaceHealth также описывается, как отозвать это разрешение. 4. Я получил копию этого разрешения. Я могу проверять или запрашивать копии информации, раскрытой в этом разрешении. 									

Даты	Если не отменено, это разрешение действительно в течение 90 дней с даты подписания или в течение следующего периода времени. Дата начала: _____ Дата окончания (истечения): _____ (В штате Вашингтон срок истечения действия не более 1 года после подписания этого разрешения, если информация раскрывается работодателю или финансовому учреждению.)
Подпись	ПОДПИСЬ: Я прочитал это разрешение и понимаю его. _____ Подпись пациента или личного представителя Степень родства к пациенту Дата *Если вы личный представитель пациента, вам может потребоваться предоставить соответствующую документацию, чтобы продемонстрировать полномочия действовать от имени пациента (примеры документации включают доверенность, свидетельство о смерти, постановление суда)
For PeaceHealth Use Only	Date Received: _____ MRUN # _____ Acct # _____ <input type="checkbox"/> Identity and authority verified <input type="checkbox"/> Fees explained if needed <input type="checkbox"/> Records sent by _____ Date/Time: _____

Не оставляйте записей в поле



Release of Information SYS1020-R (11/30/21)
Authorization

White Copy: Med. Record, Yellow Copy: Patient