РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ЗАЩИЩЁННОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (Russian)

SWEDISH

Медицинский центр Swedish (больница) ☐
Медицинская группа Swedish (клиника) ☐
Онкологический институт Swedish ☐
Swedish/Эдмондс ☐

Настоящим я разрешаю передачу информации из моей медицинской карты:

_____
Ф.И.О. пациента (или псевдоним)

_____ ( )
Дата рождения Телефон

_____
Адрес

_____
Город, штат, индекс

Вы можете получить информацию о медицинском обслуживании ИЗ:

_____
Клиника/больница Фамилия врача

_____
Адрес

_____
Город, штат, индекс

( ) ( )
Факс Телефон

Вы можете послать информацию о медицинском обслуживании В:

_____
Ф.И.О.: (пациента, адвоката, врача)

_____
Адрес

_____
Город, штат, индекс

( ) ( )
Факс Телефон

При запросе данных о рождении укажите фамилию матери на момент рождения ребёнка: _____

Тип запрашиваемой информации (отметьте всё нужное):

☐ Отчёт о неотложной помощи ☐ Лекарство ☐ Устный отчёт ☐ Др. исследования (МРТ, эхо-, радиодиагностика)
☐ Отчёт об операции ☐ Анамнез и физосмотр ☐ Выписной эпикриз ☐ Записи в мед. карте
☐ Анализы ☐ ЭКГ ☐ Рентген ☐ Консультация ☐ Другое_____

Если вышеуказанный раздел не будет заполнен, при подаче запроса будет выдаваться выписка из истории болезни за два (2) последних года начиная с последней даты обслуживания. Она будет включать: анамнез и физосмотр, выписной эпикриз, отчёты об операциях/процедурах, неотложной помощи и результаты тестов.

Конкретные даты лечения: _____

<u>С какой целью передаётся информация</u> (отметьте один вариант):

☐ мой врач/последующее лечение ☐ для меня ☐ страховой иск ☐ юридич. ☐ другое (укажите)_____

<u>Я понимаю, что:</u>

- ✓ Данное разрешение, если я не делаю в письменном виде каких-либо конкретных ограничений, **распространяется на все аспекты лечения, включая тестирование и/или лечение венерических заболеваний, СПИДа или инфекции ВИЧ, алкогольной и/или наркотической зависимости и психических заболеваний.**
- ✓ Разрешение может быть в любой момент отменено посредством письменного заявления, но отмена не будет распространяться на действия, которые уже будут предприняты на основе данного разрешения.
- ✓ Я не обязан(а) подписывать это разрешения для того, чтобы получить лечение в Swedish, за исключением ограниченных обстоятельств, например, лечения, связанного с исследованием или лечения исключительно в целях передачи информации о здоровье третьей стороне.
- ✓ Любая передача информации несёт в себе риск несанкционированного разглашения и может быть не защищена федеральными законами и законами штата о конфиденциальности.

Учреждение, его сотрудники, должностные лица и врачи настоящим освобождаются от юридической ответственности за передачу вышеуказанной информации в той мере, в какой это описано и разрешено в данном документе.

Дата или событие, после которых разрешение становится недействительным: _____
*Разрешение на передачу информации в финансовое учреждение и работодателю пациента не в целях оплаты за услуги, истекает через (90) девяносто дней после даты подписания, если не указано иначе.

_____ _____
Подпись пациента **Дата**

_____ _____ _____
или законного представителя **Кем приходится** **Дата**