



## **РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, РАСКРЫТИЕ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

### **AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE, & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (RUSSIAN)**

Я понимаю следующие положения.

- У меня есть право отказаться от подписания этой формы разрешения на раскрытие или предоставление моей защищенной медицинской информации. Отказ от подписания этого разрешения не повлияет отрицательно на мои возможности получать медицинские услуги или возмещение стоимости этих услуг. Единственным обстоятельством, которое в случае отказа подписать это разрешение может повлиять на мои возможности получать медицинские услуги, является случай, когда медицинские услуги связаны с научными исследованиями или предоставляются исключительно в целях передачи медицинской информации третьим сторонам, а разрешение необходимо для соответствующего предоставления информации.
- С этим запросом может быть связан платеж.
- Информация, используемая и предоставляемая в соответствии с этим разрешением, может предоставляться повторно и больше не защищается федеральным законом. Однако я понимаю, что федеральный закон и закон штата может ограничивать повторное предоставление информации, связанной с ВИЧ/СПИД, психическими заболеваниями, генетическими тестами, а также диагнозами, лечением и направлениями, касающимися наркотиков (алкоголя).
- У меня есть право на получение копии этого подписанного разрешения.
- Я могу отозвать это разрешение в письменной форме в любой момент. Если я отзову это разрешение, указанная ниже информация больше не сможет быть использована или предоставлена в целях, описанных в этом письменном разрешении. Единственным исключением является случай, когда медицинский центр Swedish осуществил какие-либо действия, полагаясь на это разрешение, или разрешение было получено в качестве условия страхового покрытия.

Для отзыва этого разрешения отправьте письменное заявление о том, что вы отзываете разрешение, вместе с копией самого разрешения по адресу:

Swedish Medical Center  
Attention: Release of Information Department  
747 Broadway  
Seattle, WA 98122

Медицинский центр Swedish больше не печатает и не предоставляет номера социального страхования пациентов, если это не требуется для выставления счетов. Однако номера социального страхования могут быть включены в информацию пациентов, созданную несколько лет. Информация, на предоставление которой вы даете разрешение, может включать ваш номер социального страхования.

Настоящим документом учреждение, его сотрудники, должностные лица и врачи освобождаются от какой-либо юридической ответственности или обязательств за передачу вышеуказанной информации в той степени, которая указана и разрешена настоящим документом.

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, РАСКРЫТИЕ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я разрешаю медицинскому центру Swedish использовать и предоставлять копии определенной медицинской информации, указанной ниже, которая касается следующего.

Имя пациента: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес пациента: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Кому предоставить: (имена получателей): \_\_\_\_\_

Адрес получателя: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

Я запрашиваю информацию из следующих учреждений:

Названия больниц (список) и номера телефонов	Названия клиник (список) и номера телефонов

За период с: \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_\_

В отношении информации, связанной со следующим диагнозом или травмой: \_\_\_\_\_

### Информация, подлежащая предоставлению:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> История болезни и результаты осмотра                              | <input type="checkbox"/> Выписной эпикриз                     |
| <input type="checkbox"/> Протокол операции   | <input type="checkbox"/> Отчет из отделения неотложной помощи |
| <input type="checkbox"/> Диагностические отчеты (лабораторные, рентгеновские, ЭКГ и т. д.) | <input type="checkbox"/> Записи о выздоровлении               |
| <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____   |   |

С целью: \_\_\_\_\_

Если разрешение не будет отозвано, срок его действия истекает через 180 дней или в следующую дату: \_\_\_\_\_

**Условия** Данное разрешение будет распространяться на все аспекты анализов и (или) лечения заболеваний, передающихся половым путем, СПИД, ВИЧ-инфекции, злоупотребления алкоголем и (или) наркотиками и психических заболеваний, а также прочей конфиденциальной информации за исключением случая, если я в явно выраженной форме, в письменном виде ограничу его действие.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя представителя  
пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись представителя  
пациента: \_\_\_\_\_ Отношение к пациенту: \_\_\_\_\_