



**РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПЕРЕДАЧУ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (RUSSIAN)

Я понимаю следующее:

- У меня есть право отказаться от подписания этой формы разрешения на передачу или предоставление моей защищенной медицинской информации. Отказ от подписания этого разрешения не повлияет отрицательно на мою возможность 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.
- За этот запрос может взиматься оплата.
- Информация, используемая или передаваемая в соответствии с этим разрешением, может передаваться повторно и более не защищается федеральным законом. Однако я понимаю, что федеральный закон и закон штата может ограничивать повторную передачу информации, связанной с HIV/AIDS, психическими заболеваниями, генетическими тестами, а также диагнозами, лечением и направлениями, касающимися наркотиков (алкоголя).
- Я имею право на получение копии этого подписанного разрешения.
- Я могу отозвать это разрешение в письменной форме в любой момент. Если я отзываю это разрешение, указанная ниже информация больше не сможет использоваться или передаваться 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.

Просим переслать это разрешение или его отзыв по одному из указанных номеров в зависимости от того, где вам предоставлялся уход:

Swedish Medical Center
Release of Information Department
747 Broadway, Seattle, WA 98122
Факс: (206) 320-2626
Адрес электронной почты: ROI@swedish.org

Swedish Medical Group
Centralized Services Department
800 5th Ave, Suite 800
Seattle, WA 98104
Факс: (425) 454-2935

Важно: Медицинский центр Swedish более не печатает и не предоставляет номера социального страхования пациентов, если это не требуется для выставления счетов. Однако номера социального страхования могут включаться в информацию пациентов, которая создана несколько лет назад. Информация, на передачу которой вы даете разрешение, может включать ваш номер социального страхования.

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

Центр Swedish Health Services и его филиалы не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности при осуществлении своих программ и мероприятий в области медицинского обслуживания.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意: 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПЕРЕДАЧУ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Я разрешаю медицинскому центру Swedish использовать и передавать копии конкретной медицинской информации, указанной ниже, которая касается следующего:

ФИО пациента: _____ Дата рождения: _____

Адрес пациента: _____ Телефон: _____

Город: _____ Штат _____ Почтовый индекс: _____

Кому следует передать: Себе или ФИО получателя: _____

Адрес получателя: _____

Город: _____ Штат _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ Факс _____ Адрес электронной почты: _____

Прошу переслать мои документы следующим образом: С помощью MyChart По электронной почте На диске
На бумаге По факсу

Я запрашиваю информацию из следующих учреждений:

Название больницы (укажите) и номер телефона	Название клиники (укажите) и номера телефона

За период с: _____ по: _____

В отношении информации, связанной со следующим диагнозом или травмой: _____

Информация, подлежащая передаче:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| История болезни и результаты осмотра | Выписной эпикриз |
| Протокол операции | Отчёт отделения неотложной помощи |
| Диагностические отчеты (лабораторные, рентгеновские, EKG и т. д.) | Записи о выздоровлении |
| Другое (укажите): _____ | |

С целью: _____

Если разрешение не будет отозвано, срок его действия истечёт через 180 дней или в следующую дату: _____

Условия: Данное разрешение будет распространяться на все аспекты анализов и (или) лечения заболеваний, передающихся половым путем, AIDS, инфекции HIV, злоупотребления алкоголем и (или) наркотиками и психических заболеваний или иной конфиденциальной информации, за исключением случаев, когда я в явно выраженной форме и в письменном виде ограничу его действие.

Подпись пациента: _____ Дата: _____
(Распечатайте форму и подпишите от руки)

ФИО представителя пациента: _____ Дата: _____

ФИО представителя пациента: _____
(Распечатайте форму и подпишите от руки. Включите подтверждающую документацию).

Отношение к пациенту: _____



1ROI