ДОКУМЕНТ, ИСХОДЯЩИЙ ИЗ МАНЕС

№ учетной записи пациента:_____
Инициалы сотрудника: _____
Отделение: _____

МАНЕС

Централизованный отдел медицинской документации

121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803
Телефон офиса: (828) 771-5489 Факс: (828) 407-2637

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ВСЕ РАЗДЕЛЫ данной формы ДОЛЖНЫ быть заполнены, прежде чем ваш запрос будет обработан.
Перед отправкой не забудьте поставить внизу подпись и дату.

Официальное имя пациента: _____ Дата рождения: _____

Я разрешаю использовать или раскрывать информацию о состоянии здоровья указанного лица описанным ниже образом. **Если количество страниц в запросе превышает 50, документы будут отправлены по почте, а не по факсу. Пожалуйста, подтвердите почтовый адрес ниже.**

Сторона, раскрывающая информацию:	**Сторона, получающая информацию:**
Централизованный отдел медицинской документации МАНЕС ❑ Семейная медицина ❑ Акушерство и гинекология ❑ Отделение терапии ❑ Стоматология ❑ Психиатрия	ИМЯ ЛИЦА/НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЯ
АДРЕС **121 Hendersonville Road**	АДРЕС
ГОРОД/ШТАТ/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС **Asheville, NC 28803**	ГОРОД/ШТАТ ТЕЛЕФОН: ФАКС:

Цель или причина раскрытия информации:
_____

Я хотел (-а) бы получить свои документы: ☐ по факсу ☐ по почте ☐ лично (___ в бумажном экземпляре или ___ CD)
Я понимаю, что предоставляемая информация может включать: конфиденциальную информацию, касающуюся поведения и/или психического здоровья, употребления наркотических веществ и алкоголя (включая документацию, составленную в рамках медицинской программы по диагностике, лечению или предоставлению направления на лечение алкоголизма или наркомании, согласно Титулу 42 Свода федеральных нормативных актов, Часть 2), изнасилования, жестокого обращения (сексуальное или физическое насилие, жестокое обращение с пожилыми людьми, супругом и т.д.), аборта, заболеваний, передающихся половым путем, таких как ВИЧ/СПИД, и других инфекционных заболеваний, а также генетического тестирования.

Информация, подлежащая раскрытию *(отметьте соответствующие поля):*
☐ Стандартная выписка (записи за последние 3 года, результаты анализов/рентгенографии, список лекарств, список аллергий, карта вакцинации, записи о консультациях)
☐ Только информация, связанная с *(указать)*: _____
☐ Только информация за период с: _____ по _____
☐ Вся медицинская карта
☐ Исключения __ Результаты анализов на СПИД/ВИЧ, диагноз, лечение и сопутствующая информация
__ Результаты тестов на наличие наркотиков, информация об употреблении наркотиков и алкоголя и лечении
__ Записи о психическом здоровье
__ Генетическое тестирование

Я понимаю, что срок действия данного разрешения истекает через 90 дней с даты его подписания, если я не укажу ниже иную дату или событие, подразумевающее истечение срока действия. _____

Я понимаю, что могу отозвать данное разрешение в любое время, отправив соответствующее письменное уведомление уполномоченному МАНЕС по вопросам конфиденциальности (МАНЕС Privacy Officer, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803), и данное разрешение утратит силу с даты уведомления, за исключением случаев, когда на его основании уже были предприняты определенные действия. Я понимаю, что информация, использованная или раскрытая в соответствии с данным разрешением, может быть повторно разглашена получателем и, возможно, утратит защиту со стороны федерального законодательства или законодательства штата. Я понимаю, что МАНЕС не будет ставить лечение или право на получение медицинской помощи в зависимость от того, подпишу ли я настоящее разрешение, за исключением случаев, когда такая помощь: (1) связана с научными исследованиями или (2) предоставляется исключительно с целью создания защищенной медицинской информации для раскрытия третьей стороне.
Подписываясь ниже, я подтверждаю факт ознакомления и понимание условий настоящего разрешения.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО *(укажите отношение к пациенту)*	ДАТА
ЛИЦО, ЗАВЕРЯЮЩЕЕ ПОДПИСЬ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	ДАТА

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПОСЛЕ ЕГО ПОДПИСАНИЯ.