



РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПОТРЕБИТЕЛЕ

Информация о потребителе			
Фамилия	Имя	Среднее имя	Дата рождения
Адрес		Город/штат/Zip-код	Номер UCI

Лицо/организация, предоставляющая информацию

- Department of Developmental Services
- Центр развития Портервилля
- Центр развития Каньон-Спрингс
- Дом STAR: _____
(Местоположение дома STAR)
- Другое: _____

Лицо/организация, получающая информацию

Имя: _____
 Адрес: _____
 Город/штат/Zip-код: _____
 Телефон: _____
 Электронная почта: _____

- Информация может передаваться и приниматься вышеперечисленными сторонами.

Если DDS получает разрешение, информация о здоровье/потребителе может быть использована или раскрыта с целью, специально указанной в разрешении.

Диапазон дат записей для передачи: _____ до _____
ИЛИ
 Передайте разрешенные ниже записи, независимо от даты.

Конфиденциальная информация о пациенте: См. Welfare & Institutions Code, Section 4514 HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508



РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПОТРЕБИТЕЛЕ

Описание информации, которая будет передана:

(Все записи, которые собираются, хранятся, используются и раскрываются DDS, являются записями о психическом здоровье.)

- Персональный идентификатор, диагноз и/или демографическая информация
- Индивидуальный план программы (IPP)
- Записи об использовании лекарств
- Клинические лабораторные отчеты
- Физический осмотр/история болезни
- Записи о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD)
- Информация о выставленных счетах/возмещениях/покупке услуг
- Юридические документы
- Другое (пожалуйста, укажите): _____

**ДАННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ТОЛЬКО ОДНОКРАТНОЕ
РАСКРЫТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАПИСЕЙ. ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ
РАСКРЫТИЙ ПОТРЕБУЕТСЯ ЕЩЕ ОДНО РАЗРЕШЕНИЕ.**

Особо охраняемые записи	Инициалы потребителя
<input type="checkbox"/> Результаты теста на ВИЧ/СПИД	
<input type="checkbox"/> Результаты генетических тестов	

Цель предоставления информации

- По запросу потребителя (только если потребитель инициирует разрешение)
- Юридическое представительство
- Другое: _____

Конфиденциальная информация о пациенте: См. Welfare & Institutions Code, Section 4514 HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508



РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПОТРЕБИТЕЛЕ

Цель предоставления информации

Я понимаю:

Я даю разрешение на передачу (согласие на предоставление) моей личной медицинской информации. Когда информация будет отправлена в/из Department of Developmental Services, другое лицо/организация будут знать, что я получал услуги по развитию.

Я подписываю это разрешение добровольно (по собственному выбору, без принуждения), и мое лечение, оплата, регистрация или право на получение льгот не пострадают, если я не подпишу это разрешение.

Предоставленная информация может быть повторно передана другим лицам и больше не являться защищенной, если она раскрыта кому-либо, кроме покрываемой организации.

С лица, запрашивающего информацию, может взиматься разумная плата, чтобы покрыть расходы на копирование и пересылку.

Я имею право получить копию данного разрешения.

Право на изменение или отзыв: Перед выдачей информации я имею право изменить или отозвать это разрешение (передумать и не разрешить выдачу информации), до наступления следующего:

1. DDS уже предоставил записи в соответствии с разрешением; или
2. Это разрешение было получено в качестве условия получения страхового покрытия, по другому закону страховщик имеет право оспорить претензию по полису или сам полис.

Конфиденциальная информация о пациенте: См. Welfare & Institutions Code, Section 4514 HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508



РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПОТРЕБИТЕЛЕ

Чтобы внести изменения или отозвать разрешение, я отправлю письменный запрос по адресу:

- Department of Developmental Services
- Центр развития Портервилля
- Центр развития Каньон-Спрингс
- Дом STAR: _____
(Местоположение дома STAR)

Другое: Как указано выше в качестве "лица/субъекта, предоставляющего информацию".

Если данное разрешение не будет отозвано, срок его действия истечет в конце:

- Дата (указать): _____
- 6 месяцев
- Один год
- Событие (укажите): _____

Подпись потребителя ИЛИ <input type="checkbox"/> Личного представителя	Дата
Имя (печатными буквами)	
<input type="checkbox"/> Данное лицо является действующим потребителем, я ознакомился с данным разрешением вместе с потребителем до подписания формы. <input type="checkbox"/> Я проверил полномочия личного представителя на подписание от имени потребителя.	
Подпись сотрудника	Дата
Имя (печатными буквами)	

Конфиденциальная информация о пациенте: См. Welfare & Institutions Code, Section 4514 HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508