Multnomah County
Health Department

Health Information Services
619 NW 6th Avenue, 9th Floor
Portland, OR 97209
Тел.: 503-988-3997
Факс: 503-988-4088

(THIS FORM MUST BE COMPLETED BEFORE IT IS SIGNED BY THE CLIENT)

Имя, фамилия клиента _____
Фамилия Имя Отчество (второе имя)

Также известен (-а) под именем _____
Фамилия Имя Отчество (второе имя)

Дата рождения _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ _____ _____

Идентиф. номер пациента _____

Я уполномочиваю Департамент здравоохранения округа Малтнома предоставлять сведения медицинского характера:

Имя, фамилия _____

Адрес (дом, улица) _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

С целью: ____продолжить медицинское обслуживание ____юридического характера
____связанной, с ограниченными возможностями
____другое, уточните: _____

Укажите конкретные сведения, которые необходимо выдать: _____

_____

Ставя свои инициалы в пробелах ниже, я, в частности, уполномочиваю выдачу следующих сведений о состоянии моего здоровья, если такие сведения существуют:

____Диагноз наркотической или алкогольной зависимости, лечение или направление
____Данные, связанные с заболеванием ВИЧ/СПИД
____Данные, связанные с психическим расстройством ____Результаты генетического обследования

Срок действия настоящего разрешения истекает через один (1) год или в случае _____ _____ (укажите дату или событие).

Я могу отозвать это разрешение в письменной форме, предоставив свой письменный отказ в клинику или учреждение, в котором мне были предоставлены услуги. Я понимаю, что отзыв настоящего разрешения не будет распространяться на информацию, которая уже была разглашена в соответствии с этим разрешением.

Я могу отказаться от подписания этого разрешения. Мой отказ не повлияет на возможность проходить лечение или получать оплату или на мою правомочность получать пособия. Я могу проверить или сделать копию любой информации, используемой и (или) выданной в рамках данного разрешения.

Я понимаю, что в случае, если физическое или юридическое лицо, получившее информацию не будет являться поставщиком медицинских услуг или планом медицинского обслуживания, руководствующиеся федеральными правилами соблюдения конфиденциальности, эти данные могут быть повторно разглашены и больше не защищены этими правилами. Однако, получателю информации может быть запрещено её разглашать в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата.

Я понимаю, что при запросе сведений для личного пользования или для пользования моим адвокатом, с меня будет взиматься сбор. При отправке сведений другому поставщику медицинских услуг плата не взимается.

_____ _____
Подпись клиента Дата

_____ _____ _____
Подпись личного представителя Дата Кем приходится клиенту

Служба управления медицинскими данными
РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ