



ОКРУГ МАЛТНОМА

Департамент здравоохранения
Отдел поведенческого здоровья (BHD)
209 SW 4th Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204
Телефон: 503-988-8238 Факс: 503-988-4015

Разрешение на раскрытие информации

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Фамилия: _____ Второе Имя: _____ Дата рождения: _____
Имя: _____ имя: _____

Я разрешаю Отделу поведенческого здоровья обмениваться следующей информацией с указанным ниже лицом/организацией и раскрывать ее: **Отметьте** все соответствующие поля и укажите полное имя и адрес:

<input type="checkbox"/> Обмениваться информацией с:	Лицо/Организация: _____
<input type="checkbox"/> Раскрывать сведения о состоянии здоровья/принимаемых препаратах:	Контактное лицо/Кому: _____ Адрес с _____ указанием улицы _____ и номера дома: _____
<input type="checkbox"/> Получать сведения о состоянии здоровья/принимаемых препаратах от:	Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
<input type="checkbox"/> Устно обмениваться информацией с:	Телефон: _____ Факс: _____

Цель: Я разрешаю производить обмен информацией о состоянии моего здоровья или ее раскрытие с целью, указанной ниже:

Координация Лечение Оплата Другое
обслуживания и ухода

Другое объяснило: _____

Информация, подлежащая обмену или раскрытию:

Любая (вся) информация о состоянии моего здоровья
 Любая (вся) информация о моем лечении
 Конкретные документы/информация:

Сделав **отметку** в соответствующем поле ниже, я даю разрешение на раскрытие медицинской информации, касающейся нижеследующего, если такая информация существует:

Информация о наркотической/алкогольной зависимости, лечению, или же информация для направления к специалистам

Информация о генетическом тестировании

Документы по ВИЧ/СПИДу

Информация о состоянии психического здоровья

Срок действия настоящего разрешения истекает через один (1) год или (указать дату или событие): _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ УСЛОВИЙ И СОГЛАСИЕ КЛИЕНТА

Я понимаю, что получатель информации может осуществить ее повторное раскрытие, если это не запрещено федеральным законодательством/законодательством штата, или если в конкретном случае требуется мое согласие. Я осведомлен, что в случае повторного раскрытия получателем касающейся меня информации, предусмотренные законодательством требования о защите конфиденциальности могут больше не соблюдаться. Я понимаю, что конфиденциальность сведений, касающихся лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, может быть защищена в соответствии с требованиями федерального законодательства о конфиденциальности сведений о пациентах с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных



ОКРУГ МАЛТНОМА

Департамент здравоохранения
Отдел поведенческого здоровья (BHD)
209 SW 4th Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204
Телефон: 503-988-8238 Факс: 503-988-4015

Разрешение на раскрытие информации

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

веществ (42 CFR, часть 2), и что такие сведения не могут раскрываться повторно без получения моего письменного согласия, если иное не разрешено или не требуется в соответствии с действующим законодательством. В случае назначения мною посредника, указанное лицо может повторно раскрывать информацию о моем расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ, проверенным поставщикам услуг, связанных с моим лечением, при этом я имею право запросить непосредственно у посредника список лиц, которым такая информация передавалась повторно.

Я имею право отозвать настоящее разрешение в любое время, обратившись в письменной форме к любому сотруднику BHD. Я понимаю, что такое право не будет применяться в отношении информации, которая уже была раскрыта в рамках настоящего разрешения.

Я понимаю, что подписание этого разрешения не является условием для получения лечения, оплаты или права на получение льгот.

Подпись лица/законного опекуна

Полное имя печатными буквами

Дата

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ: Я отзываю свое разрешение на обмен информацией о состоянии моего здоровья или ее раскрытие.

Подпись лица/законного опекуна

Полное имя печатными буквами

Дата/время

СЛУЖЕБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Отозвано лицом/законным опекуном устно (по телефону или другим способом):

Подпись/должность сотрудника MHASD (Отдела по оказанию услуг в области охраны психического здоровья и помощи лицам с алкогольной и наркозависимостью)

Полное имя печатными буквами

Дата/время