

Разрешение на Разглашение/Получение Конфиденциальных Медицинских/Стоматологических Записей

- Информация о пациенте:
Имя и фамилия пациента: _____
Предыдущие имена: _____
Дата рождения: _____ Номер Social Security #: _____ - _____ - _____
- Разглашение информации от:
Имя доктора или организации разглашающим информацию: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
Телефон #: _____ Факс #: _____
- Информация может быть передана следующему лицу:
Имя/Фамилия лица или организация получающая информацию: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____
Телефон #: _____ Факс #: _____
или
Электронный адрес: _____
- На какую информацию вы даёте разрешение? (Плата за копирование может применяться)
 Записи всех **медицинских** посещений за последние 2 года
 Записи всех **стоматологических** посещений за последние 2 года
 Все записи от даты ____ / ____ / ____ до ____ / ____ / ____
 Конкретная информация (объясните): _____
 Другая (объясните): _____
- Я даю моё разрешение на разглашение моей конфиденциальной информации включая: венерические заболевания, психическое здоровье/заболевания, наркотики и история алкоголя и/или ВИЧ/СПИД информации если нет ниже указанного исключения. Я **Не Желая** разглашать следующую информацию:

- По какой причине вы запрашиваете вашу информацию? Отметьте одно из следующего
 Доктор Адвокат Личное Страховое агентство Другое _____
- Я понимаю что:
 - Как только информация будет разглашена, она может быть повторно разглашена лицом получающим эту информацию (если это лицо не является госпиталем, клиникой, доктором, или медицинской страховой компанией) и не может больше находиться под защитой законов конфиденциальности медицинской информации.
 - Я вправе отменить это разрешение в любое время в письменном виде через CHS Medical Records. Если я отменю своё разрешение, это не повлияет на какие-либо действия, уже предпринятые клиникой CHS на основе этого разрешения.
 - CHS клиника не может обуславливать лечение, оплату, регистрацию или право на получение пособий подписывая это разрешение.
- Срок действия этого разрешения истекает _____. Если дата или событие не указаны, разрешение истекает через 90 дней с даты подписи.

Подпись: _____ Дата: _____

Пациент, родитель, опекун или уполномоченный представитель (Может потребоваться документация о полномочиях подписи от имени пациента)

Если не пациент то кем относитесь к пациенту _____ Имя/Фамилия _____

Подпись: _____ Дата: _____

Подпись лица которое ещё не достигло совершеннолетия (**Обязательно** если пациенту от 13-17 лет)