



1

Имя и фамилия пациента: _____
 Дата рождения: _____
 Идентификационный номер или номер
 медкарты : _____
 Адрес: _____
 Тел.: _____

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ
 РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
 ИНФОРМАЦИИ**

2 **РАЗРЕШЕНИЕ:** Я даю разрешение _____ использовать и разглашать имя и фамилия
 (название) получателя: _____
 Адрес: _____

3 **ЦЕЛЬ:** Разглашаемая медицинская информация может использоваться только для следующей (-их) цели (-ей):

4 **ИНФОРМАЦИЯ, ПОДЛЕЖАЩАЯ РАЗГЛАШЕНИЮ** _____

Дата с: _____ По: _____

- A. Медкарта Вся медицинская информация (например, диагноз, результаты анализов, лечение); ИЛИ
 Результаты визуализации и/или снимки Заключение Выставление счетов Стоматология
- B. Результаты анализа на ВИЧ/СПИД (Для каждого разглашения требуется отдельное разрешение.) **Инициал:** _____
- C. Лечение от нарко- и алкозависимости (например, диагноз, результаты анализов, лечение,
 выставление счетов, регулярность явки) **Инициал:** _____
- D. Психическое здоровье (например, диагноз, результаты анализов, лечение, выставление счетов) **Инициал:** _____
- E. Другое **Инициал:** _____

5 **ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ СПОСОБ ДОСТАВКИ:** _____ 6 **ФОРМАТ ДОСТАВКИ:** _____

По почте Личное получение Другое _____ Компакт-диск Снимки На бумаге Другое _____

7 **СРОК ДЕЙСТВИЯ:** Настоящее разрешение вступает в силу немедленно и будет действовать до _____ (указать дату). Если я не укажу дату, то срок действия разрешения истекает через двенадцать месяцев с даты его подписания.

8 **ОТМЕНА:** Я понимаю, что имею право аннулировать данное разрешение в любое время. Аннулирование (1) должно быть оформлено в письменном виде, (2) направлено или передано в отдел управления медицинской информацией и (3) вступает в силу с момента его получения отделом. Аннулирование не распространяется на действия, уже предпринятые CSCHS в соответствии с данным разрешением, или если разрешение было необходимо для получения страхового покрытия и страховщик имеет законное право оспорить претензию. Устный отказ будет принят в связи с медицинской картой поведенческого здоровья в соответствии с разделом 5328 WIC. Позвоните по телефону: 408-885-5770.

9 **УСЛОВИЯ:** Я понимаю, что лечение, оплата, регистрация или право на получение льгот не будет зависеть от моего предоставления или отказа от предоставления данного разрешения, за исключением случаев, когда мое лечение связано с исследованиями или когда медицинские услуги предоставляются мне только для создания защищенной медицинской информации для ее передачи третьей стороне. Я также понимаю, что могу отказаться от подписания данного разрешения. Копия настоящего разрешения имеет такую же силу, как и оригинал. Я имею право на получение копии данного разрешения.

10 **ПОВТОРНОЕ РАЗГЛАШЕНИЕ:** Информация, разглашенная в соответствии с настоящим разрешением, может повторно разглашаться получателем. Повторное разглашение информации в некоторых случаях не запрещено законом штата Калифорния и может больше не защищаться федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA), хотя информация, защищенная в соответствии с частью 2 Свода федеральных правил (CFR) 42, по-прежнему подлежит такой защите. Кроме того, закон штата Калифорния запрещает лицу, получающему мою медицинскую информацию, осуществлять ее дальнейшее разглашение, если от меня не получено другое разрешение на такое разглашение, за исключением случаев, когда такое разглашение специально требуется или разрешено законом.

11 _____

Имя и фамилия пациента/представителя пациента Подпись пациента/представителя пациента Степень родства Дата



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ
РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ**

Имя и фамилия пациента: _____
Дата рождения: _____
Идентификационный номер или номер
медкарты: _____
Адрес: _____
Тел.: _____

Приложение В: Места расположения учреждений системы здравоохранения округа Санта-Клара - **обновляется и редактируется хранителем медицинской карты департамента по мере необходимости.**

МЕСТО (-А) НАХОЖДЕНИЯ МЕДКАРТ (отметьте все применимые варианты):

- Медицинский центр Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)
 - Центр Valley Health Center San Jose
 - Центр Valley Health Center Downtown
 - Центр Valley Health Center East Valley
 - Центр Valley Health Center Gilroy
 - Центр Valley Health Center Lundy (туберкулезная клиника для беженцев)
 - Программа медицинского обслуживания для лиц без определенного места жительства Valley Homeless Healthcare Program (VHHP)
 - Стоматологическая клиника Santa Clara Valley Dental Care
- Больница O'Connor Hospital
 - Медицинская клиника O'Connor Medical Clinic - Forest
 - Больничный город медицинской клиники O'Connor Medical Clinic - Hospital Campus (MOB)
- Больница St. Louise Regional Hospital
 - Медицинские клиники St. Louise Medical Clinics
- Медицинский центр Regional Medical Center
 - Амбулаторные услуги - Амбулаторная хирургия (Outpatient Services - Ambulatory Surgery)
- Другие клиники (Other Clinics)
 - Elmwood
 - Медицинская клиника в Middlefield
 - Другое:
- Центр Valley Health Center Milpitas
- Центр Valley Health Center Moorpark
- Центр Valley Health Center Sunnyvale
- Центр Valley Health Center Tully
- Центр Valley Health Center Morgan Hill
- Центр Valley Health Center North County
- Специализированный центр Valley Specialty Center
- Центр лечения ран Wound Center
- Центр маммологии (Breast Care Center)
- Центр Valley Health Center McKee
- Guadalupe
- San Pedro

ПРИМЕЧАНИЕ: My Health Online (<https://myhealthonline.sccgov.org>) - это бесплатный, безопасный и удобный способ доступа к различным видам личной медицинской информации с компьютера или мобильного телефона. Эта информация может включать краткое заключение о вашей недавней госпитализации или приеме в клинике, список лекарственных препаратов, принимаемых в настоящее время, прививок (вакцин), краткий обзор истории болезни, важные результаты лабораторных исследований и анализов и т. д. MyHealth Online также позволяет запросить запись на прием к врачу и записаться в лист ожидания на ближайший свободный прием к своему поставщику медицинских услуг.