Дата вступления в силу:23 сентября 2013 г.

Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности системы New York City Health and Hospitals Corporation

Настоящее уведомление содержит разъяснения способов использования и раскрытия вашей медицинской информации, а также получения вами доступа к этой информации.
Пожалуйста, внимательно изучите данный документ.

В соответствии с федеральным Законом об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) от 1996 г. система New York City Health and Hospitals Corporation (NYCHHC) обязана сообщить вам о том, какую информацию мы собираем, кому мы можем передавать эту информацию и какие меры безопасности по защите информации мы используем, а также о ваших правах на доступ к вашей медицинской информации и внесение изменений. Поскольку в данном уведомлении описаны только способы защиты конфиденциальности и другие ваши права, связанные с медицинской информацией, согласно закону HIPAA, возможно, вы имеете дополнительные права и средства защиты в соответствии с другими федеральными законами и (или) законами штата, которые не описаны в данном уведомлении. Если процедуры, описанные в данном уведомлении, соответствуют вашим ожиданиям, вам ничего не нужно предпринимать. Если вы хотите, чтобы мы не разглашали какую-либо информацию, вы можете прислать письменный запрос, как это описано ниже. Если у вас возникнут вопросы относительно уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности или жалоба в связи с тем, как мы соблюдаем требования в отношении конфиденциальности, обратитесь к сотруднику компании по вопросам обеспечения конфиденциальности по адресу CPO@NYCHHC.org или по бесплатному номеру телефона **1-866-HELP-HHC.**

Кто обязан выполнять положения данного уведомления?

В данном уведомлении описаны правила соблюдения конфиденциальности системы NYCHHC, которые распространяются на:

- любого медработника, уполномоченного вносить информацию в вашу медицинскую карту;
- все отделы и отделения системы NYCHHC, ее больницы, клиники, поставщиков

медицинских услуг по месту жительства и связанных с ними лиц, работающих с NYCHHC с целью предоставления медицинского обслуживания в учреждениях NYCHHC;

- любого сотрудника NYCHHC, включая всех сотрудников, всех штатных работников, добровольцев, студентов и другой персонал NYCHHC.

Все указанные выше лица и учреждения обязаны выполнять положения данного уведомления. Кроме этого, эти лица, учреждения и отделения могут раскрывать медицинскую информацию друг другу с целью лечения, оплаты, осуществления медицинского обслуживания или проведения исследований, как описано в данном уведомлении.

Деловые партнеры системы NYCHHC могут раскрывать или использовать вашу медицинскую информацию только в соответствии с положениями их договора или другого соглашения с HHC. Деловой партнер NYCHHC не является сотрудником системы NYCHHC, он сотрудничает с NYCHHC с целью выполнения или оказания помощи при выполнении каких-либо функций или действий от имени NYCHHC. Деловой партнер не имеет права использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию иначе, чем это делает NYCHHC.

Наши обязательства в отношении вашей медицинской информации

Мы понимаем, что данные о вас и о вашем здоровье являются персональными. Мы несем ответственность за защиту конфиденциальности вашей медицинской информации. Наши плановые мероприятия включают ведение записей о полученном вами медицинском обслуживании и услугах. Данные записи необходимы для предоставления вам качественного медицинского обслуживания и соблюдения определенных законодательных требований. Данное уведомление распространяется на все записи, касающиеся медицинского обслуживания, предоставленного вам системой NYCHHC, оформленные либо вашим личным врачом, либо другим сотрудником NYCHHC.

Термин «медицинская информация», используемый в данном уведомлении, означает созданную или полученную системой NYCHHC информацию о медицинском обслуживании и об оплате за данное обслуживание. В данном уведомлении описаны способы использования и раскрытия вашей медицинской информации. В нем также описаны ваши права и наши обязанности в отношении использования и раскрытия медицинской информации.

В соответствии с федеральным законом мы обязаны:

- сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации;
- предоставлять вам уведомление о наших обязанностях и правилах соблюдения

конфиденциальности в отношении вашей медицинской информации;

- уведомлять вас о несанкционированном или незаконном доступе, использовании или раскрытии вашей информации;
- соблюдать положения данного уведомления.

Каким образом ваша медицинская информация может быть использована и раскрыта

Ниже представлены возможные способы использования и раскрытия вашей медицинской информации. Каждая категория использования и раскрытия информации будет разъяснена с примерами. Примеры не охватывают все возможные ситуации.

Для проведения лечения. Ваша медицинская информация может быть использована для предоставления вам медицинского лечения или услуг. Ваша медицинская информация может быть раскрыта врачам, медсестрам, лаборантам, студентам-медикам и другим сотрудникам учреждения, оказывающим вам медицинские услуги в NYCHHC. Например, врачу, осуществляющему лечение перелома ноги, может понадобиться информация о том, есть ли у вас диабет, так как диабет может замедлить процесс заживления. Кроме этого, врачу может потребоваться сообщить диетологу о наличии у вас диабета, чтобы мы могли готовить для вас соответствующую пищу. Различные отделения учреждения могут обмениваться вашей медицинской информацией для координации необходимых вам услуг, таких как назначения, лабораторные исследования и рентгеновские снимки. При необходимости мы можем предоставить вашу медицинскую информацию лицам, не работающим в учреждении, но принимающим участие в вашем медицинском обслуживании.

Для оплаты. При необходимости ваша защищенная медицинская информация будет использована для получения оплаты за предоставленные медицинские услуги. Например, возможно, нам придется сообщить вашему плану медицинского страхования об операции, проведенной в NYCHHC, для получения оплаты или компенсации ваших расходов на операцию. Мы также можем уведомить ваш план медицинского страхования о предстоящем вам лечении, чтобы получить предварительное разрешение или определить, будет ли план медицинского страхования покрывать данные услуги. Однако, что касается услуг, за которые вы платите наличными или которые вы оплачиваете полностью, вы можете потребовать ограничить информацию, предоставляемую в страховую компанию.

Для проведения мероприятий по медицинскому обслуживанию. При необходимости ваша медицинская информация может быть использована и раскрыта для обеспечения ежедневной работы NYCHHC и качественного медицинского обслуживания всех наших пациентов. Например, мы можем использовать медицинскую информацию для оценки качества лечения и услуг, а также для оценки квалификации нашего персонала. Сбор

медицинской информации о разных пациентах может осуществляться для принятия решения о предложении дополнительных услуг системы NYCHHC, отказа от услуг, в которых больше нет необходимости, и определения эффективности некоторых новых методов лечения. При необходимости мы также можем предоставить информацию нашим бухгалтерам, консультантам и другим сотрудникам для обеспечения работы учреждения.

Напоминания о приеме у врача. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы связаться с вами и напомнить о посещении лечебного учреждения.

Продажа медицинской информации. В целом, NYCHHC запрещено продавать вашу медицинскую информацию. Однако в большинстве ситуаций и случаев, при которых предполагается получение оплаты за раскрытие медицинской информации, мы должны получить ваше письменное разрешение до использования или раскрытия данных, если получаемая оплата не связана с предоставленным нами лечением или услугами.

Маркетинг. Мы должны получить ваше письменное разрешение до использования вашей медицинской информации, чтобы обратиться к вам с предложением о покупке или использовании продукта или услуги, за исключением ситуаций, когда общение представляет собой вашу личную встречу с сотрудником NYCHHC или предусматривает рекламный подарок, номинальную стоимость которого оплатила система NYCHHC. Следующие виды информации не требуют вашего предварительного разрешения, за исключением ситуаций, когда NYCHHC получает оплату от третьей стороны в обмен на сообщение вам следующих сведений:

- ***Информация о лекарственном препарате.*** Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию с целью предоставления напоминаний об очередном получении лекарства по рецепту или предоставления информации о назначенном вам препарате.
- ***Альтернативные методы лечения***. Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию, чтобы сообщить вам о вариантах лечения, которые могли бы вас заинтересовать, включая ведение пациента или координацию медицинского обслуживания, альтернативные лекарственные средства, методы лечения, данные о поставщиках медицинских услуг или медицинских учреждениях.
- ***Медицинские льготы и услуги***. Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию, чтобы сообщить вам о медицинских льготах, продуктах и услугах, а также о собственных планах медицинского страхования NYCHHC и мероприятиях, которые могут вас заинтересовать.

Сбор средств. Мы можем использовать информацию, включающую ваши имя, фамилию, адрес, возраст, дату рождения, пол, сведения о лечащем враче, даты лечения, название отделения, в котором вы получали услуги, и другие данные, не связанные с вашим заболеванием, для сбора средств для наших учреждений и их работы по предоставлению медицинского обслуживания. Мы можем предоставить эту информацию фонду или деловому партнеру, связанному с работой NYCHHC, для аналогичных целей. ***Отказ от участия в сборе средств.*** Вы можете заполнить форму *NYCHHC «Запрос на*

дополнительную защиту конфиденциальности» (Request for Additional Privacy Protections) или передать письменный запрос директору учреждения по госпитализации или регистрации, чтобы ваши данные удалили из списка контактов для сбора средств в пользу NYCHHC. Если вы откажетесь от участия в сборе средств, вам не будет отказано в лечении или в предоставлении других льгот или услуг.

Справочник учреждения. Если вы не возражаете, отдельные ограниченные сведения о вас могут быть включены в справочник учреждения, пока вы находитесь в больнице. Данные сведения могут включать ваши имя и фамилию, местонахождение в учреждении, общее состояние здоровья (например, удовлетворительное, стабильное и т. д.), а также ваше вероисповедание. Данная информация, за исключением вероисповедания, может разглашаться людям, знающим вас по имени. Информация о вашем вероисповедании может быть предоставлена только священникам. Если вы хотите, чтобы NYCHHC не включала некоторую или всю вашу информацию в справочник учреждения, сообщите об этом директору учреждения по госпитализации.

Информирование лиц, имеющих отношение к вашему лечению и его оплате. Если вы не возражаете, ваша медицинская информация может быть раскрыта друзьям или членам семьи, участвующим в уходе за вами. Мы также можем передать информацию о вас тем, кто помогает оплачивать ваше лечение. Мы можем сообщить вашей семье или друзьям о вашем заболевании и о вашем пребывании в учреждении. Кроме того, мы можем передать информацию о вас организации, отвечающей за помощь в чрезвычайных ситуациях. Это необходимо для извещения вашей семьи о вашем состоянии, статусе и местонахождении.

Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию вашему личному представителю, родителям или опекунам. Вы имеете право назвать личного представителя, который будет действовать от вашего имени с целью контроля конфиденциальности вашей медицинской информации. Родители и опекуны, как правило, имеют право на контроль конфиденциальности медицинской информации несовершеннолетних лиц, за исключением ситуаций, когда, согласно закону, несовершеннолетние лица могут действовать от своего имени.

Проведение научных исследований. Если вы будете участвовать в клиническом исследовании, вы должны будете предоставить письменное разрешение на раскрытие вашей медицинской информации. При некоторых обстоятельствах мы можем использовать вашу информацию без письменного разрешения с целью проведения научного исследования после завершения специальной процедуры утверждения, которая гарантирует минимальный риск в отношении конфиденциальности. Ни при каких обстоятельствах исследователь не раскроет ваши имя, фамилию или личные данные во время подготовки и проведения научного исследования или после его окончания.

В соответствии с требованиями закона. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в соответствии с требованиями федерального и местного законодательства или законодательства штата.

С целью предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью или безопасности. При необходимости мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы предотвратить серьезную угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности населения или другого лица.

Особые случаи раскрытия информации

Военнослужащие и ветераны. Если вы служите или служили в вооруженных силах США, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию по требованию военного командования.

Компенсация работникам. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию страховой компании вашего работодателя, Совету по компенсациям работникам или аналогичным программам.

Мероприятия по охране здоровья населения. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в целях охраны здоровья населения правительственным организациям, уполномоченным предотвращать распространение заболеваний, или для получения отчетов об определенных заболеваниях, случаях рождения, смертельных исходах, жестоком обращении, халатности и домашнем насилии. Мы постараемся получить ваше разрешение до раскрытия подобной информации, за исключением ситуаций, когда мы обязаны или уполномочены действовать без вашего разрешения.

Специальные средства защиты в отношении информации о ВИЧ, алкогольной или наркотической зависимости, психическом здоровье и генетических сведений. Особые правила соблюдения конфиденциальности действуют в отношении информации, связанной с ВИЧ, лечением алкогольной и наркотической зависимости, психическим здоровьем и генетическими сведениями. Если ваше медицинское обслуживание включает эти особые аспекты, обратитесь к вашим поставщикам услуг или консультантам для получения дополнительной информации о таких средствах защиты.

В целях надзора за медицинским обслуживанием. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию организации по надзору за медицинским обслуживанием для проведения мероприятий, разрешенных законом. Эти мероприятия по надзору включают аудит, проверки и инспекции.

Судебное разбирательство. Если вы участвуете в судебном процессе или споре, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию согласно судебному или административному предписанию. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на повестку о вызове в суд, запрос документов или другой законно изданный судебный приказ, но только если были предприняты усилия, направленные на то, чтобы сообщить вам о запросе или получить распоряжение о защите запрашиваемой информации.

В целях обеспечения правопорядка. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в целях обеспечения правопорядка, включая следующее:

- в рамках судебного разбирательства;
- с целью выявления подозреваемого, беглеца, важного свидетеля или пропавшего человека;
- в обстоятельствах, имеющих отношение к жертвам преступления;
- в случае смерти, которая, как мы предполагаем, наступила вследствие преступления;
- в случае преступления, совершенного в учреждении;
- с целью срочного сообщения о преступлении; выявления местонахождения преступника или жертв; или идентификации, описания или выявления местонахождения лица, совершившего преступление.

Смертельный исход. В случае вашей смерти NYCHHC может использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, чтобы найти члена вашей семьи, ближайшего родственника, личного представителя или другое лицо, участвующее в оказании вам ухода, и уведомить его о вашей смерти, за исключением ситуаций, когда подобное действие будет противоречить вашим предпочтениям или предварительным указаниям, изложенным в письменной форме для NYCHHC. Предоставляя подобную информацию, сотрудник NYCHHC будет использовать только защищенную медицинскую информацию, которая имеет отношение к данной ситуации и необходима для уведомления или поиска. В других обстоятельствах NYCHHC может раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию родственнику или законному представителю при наличии у них законного разрешения действовать от вашего имени, или если они смогут предоставить действующее разрешение или судебный приказ.

Коронеры, судебно-медицинские эксперты и уполномоченные ритуальных служб и донорство органов. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию коронеру или судебно-медицинскому эксперту. При необходимости мы также можем предоставить медицинскую информацию о пациентах учреждения уполномоченным ритуальных служб для выполнения ими своих обязанностей. Медицинская информация может быть использована и раскрыта для донорства органов, глаз и тканей.

Помощь в чрезвычайных ситуациях. Мы можем раскрывать или разглашать вашу медицинскую информацию публичной или частной компании, уполномоченной по закону, или другому органу, отвечающему за помощь в чрезвычайных ситуациях, с целью координации процесса уведомления родственников, личного представителя или других лиц, ответственных за уход за вами, о вашем месторасположении, общем состоянии или смерти.

Служба национальной безопасности и разведка. Мы можем предоставить вашу медицинскую информацию уполномоченным сотрудникам федеральной службы для проведения разрешенных законом мероприятий, связанных с деятельностью разведки, контрразведки и национальной безопасностью.

Служба личной безопасности Президента и других лиц. Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию уполномоченным сотрудникам федеральной службы для обеспечения защиты Президента, других уполномоченных лиц, иностранных глав государств

или для проведения специальных расследований.

Заключенные. Мы можем раскрыть медицинскую информацию о заключенных исправительному учреждению или сотрудникам правоохранительных органов. Раскрытие информации считается необходимым (1) для оказания заключенному медицинской помощи; (2) для защиты здоровья и безопасности заключенного или здоровья и безопасности других лиц и (3) для безопасности исправительного учреждения.

Ваши права в отношении вашей медицинской информации

Вы имеете следующие права в отношении вашей медицинской информации.

Право на доступ и получение копии информации. Вы имеете право подать запрос на доступ и получение копии информации, которая может быть использована для принятия решений относительно вас. Подобная информация включает медицинские сведения и счета, но не включает записи психотерапевта или данные текущего клинического исследования. Вы имеете право запросить получение копий электронных сведений в электронной форме. Для получения доступа и копирования информации, которая может быть использована для принятия решений относительно вас, направьте ваш письменный запрос в отдел управления медицинской информацией учреждения. Если вы запросите предоставление копии информации, мы можем взимать плату за копирование, подготовку и пересылку запроса. Если вам будет отказано в доступе к информации, мы предоставим вам письменное разъяснение. Вы имеете право требовать пересмотра решения об отказе. Ваш запрос и решение об отказе будут пересмотрены другим лицензированным медицинским специалистом, выбранным NYCHHC. Лицо, которое проводит проверку, не может быть лицом, принявшим решение об отклонении вашего запроса. Решение, принятое в ходе проверки, является для нас обязательным.

Право на внесение исправлений. Если вы считаете, что медицинская информация, которую мы имеем о вас, является неполной или неверной, вы можете обратиться с просьбой о внесении в нее исправлений в течение времени, когда данная информация находится в распоряжении нашего медицинского учреждения или хранится для него. Все запросы на внесение исправлений должны быть предоставлены в письменной форме. Для запроса исправления заполните форму *NYCHHC «Запрос на внесение исправлений» (Request for Amendment)* или передайте письменный запрос в отдел управления медицинской информацией учреждения. Вы должны указать причину подачи запроса на внесение исправлений. Вам может быть отказано, если запрос был подан не в письменной форме или без указания причины. Кроме того, мы можем отклонить ваш запрос, если вы просите нас изменить информацию, которая:

* не была создана в нашем учреждении, кроме случаев, когда вы указываете причину, по которой лицо, представившее эти сведения, не имеет возможности их исправить;
* не является частью информации, которая может быть использована для принятия решений относительно вас;
* не является частью информации, разрешенной для проверки или копирования;
* является полной и верной.

Право на получение отчета о раскрытии информации. Вы имеете право требовать предоставления отчета о раскрытии вашей персональной информации. Отчет включает перечень случаев раскрытия системой NYCHHC вашей медицинской информации. Список не включает определенную информацию, например данные, которые мы раскрыли для вашего лечения, оплаты или мероприятий NYCHHC по предоставлению медицинского обслуживания, а также случаи раскрытия информации с вашего разрешения. Для получения данного перечня направьте ваш письменный запрос в отдел управления медицинской информацией учреждения. В вашей заявке вы должны указать период времени, который не должен превышать шесть лет и включать в себя даты до 14 апреля 2003 г. В вашей заявке вы должны указать форму, в которой вы хотите получить отчет (например, бумажная или электронная копия). Первый отчет, запрошенный вами в течение двенадцати месяцев, будет бесплатным. Возможно, вам придется оплатить в разумно необходимых пределах расходы по предоставлению дополнительных отчетов. Вам будет предоставлена информация о стоимости услуги, и вы можете отказаться от услуги или изменить заявку до того, как будут понесены расходы.

Право подать запрос на ограничение информации. Вы имеете право требовать ограничения медицинской информации, которая используется или раскрывается в целях лечения, оплаты или мероприятий по предоставлению медицинского обслуживания. Вы также имеете право просить об ограничении объема вашей медицинской информации, которая раскрывается лицам, участвующим в уходе за вами, например, родственнику или другу. Например, вы можете попросить не использовать или не распространять информацию о перенесенной вами медицинской процедуре. Для подачи запроса на ограничение информации заполните форму *NYCHHC «Запрос на дополнительную защиту конфиденциальности»*. Вы также можете подать письменный запрос директору учреждения по госпитализации или директору учреждения по регистрации. В запросе вы должны указать: (1) какую информацию вы хотите ограничить; (2) хотите ли вы ограничить использование информации, раскрытие информации или и то, и другое; и (3) в отношении кого действует ограничение на раскрытие информации (например, раскрытие вашему супругу (супруге)). ***Мы можем отклонить ваш запрос на ограничение предоставляемой информации.*** В случае положительного решения ваше требование будет выполнено, если данная информация не требуется для оказания вам неотложной медицинской помощи.

Право на конфиденциальность способа связи. Вы имеете право указать, каким образом и в каком месте вы предпочитаете общаться с нами по вопросам медицинского обслуживания. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по только по почте. Для подачи запроса на конфиденциальность связи направьте ваш письменный запрос в отдел медицинской переписки учреждения. Мы не требуем, чтобы вы объясняли причины своего запроса. Запросы удовлетворяются в разумных пределах. В запросе укажите, каким образом или где вы хотите получать от нас информацию.

Право на получение уведомления в случае неисполнения обязательств. Вы имеете

право на получение уведомления в случае, если ваша медицинская информация была получена, к ней был предоставлен доступ, она была использована или раскрыта способом, не соответствующим требованиям закона, или если NYCHHC полагает, что правила обеспечения конфиденциальности были нарушены. Вас уведомят о неисполнении обязательств в письменной форме в течение 60 дней после данного события. Вы можете связаться с отделом по работе с пациентами, сотрудником NYCHHC по вопросам конфиденциальности по адресу CPO@NYCHHC.org или позвонить по телефону 1-866-HELP-HHC, если вы полагаете, что к вашей медицинской информации был предоставлен неправомерный доступ, она была использована или раскрыта ненадлежащим образом.

Право на получение экземпляра данного уведомления. Вы имеете право получить экземпляр данного уведомления. Вы можете получить копию данного уведомления в любое время. Вы имеете право получить бумажную копию уведомления, даже если вы получили электронную версию. Вы также можете получить копию данного уведомления на нашем веб-сайте: www.nyc.gov/hhc. Для получения бумажной копии данного уведомления отправьте запрос в отделение госпитализации или регистрации учреждения.

Внесение изменений в уведомление

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное уведомление. Мы оставляем за собой право вводить в действие пересмотренное или исправленное уведомление, применимое по отношению как к имеющейся, так и к медицинской информации, которая будет получена в будущем. Копия действующего уведомления будет находиться в учреждении. Дата вступления в силу будет указана в верхнем правом углу первой страницы.

Жалобы

Если вы считаете, что ваше право на конфиденциальность было нарушено, или у вас возникли сомнения относительно правил соблюдения конфиденциальности NYCHHC, вы можете направить жалобу в NYCHHC или министру здравоохранения и социального обеспечения. Чтобы подать жалобу в NYCHHC, позвоните по бесплатному телефону горячей линии службы по приему жалоб 1-866-HELP-HHC или отправьте ее по адресу CPO@NYCHHC.org. ***Вы не будете подвергнуты взысканию за подачу жалобы***.

Использование и раскрытие медицинской информации в других целях

Использование и раскрытие медицинской информации в целях, не предусмотренных данным уведомлением или соответствующим федеральным и местным законодательством или законодательством штата, возможно только с вашего письменного разрешения. Разрешение на

использование или раскрытие вашей медицинской информации может быть отозвано вами в любое время в письменной форме. В случае отзыва разрешения мы прекратим использование или раскрытие вашей медицинской информации по причинам, указанным в вашем письменном разрешении. Мы не можем отменить любую передачу информации, уже выполненную по вашему разрешению, и мы обязаны хранить наши записи о предоставленном медицинском обслуживании.

Подтверждение

Подписывая данную формы и указывая дату на данной форме, я подтверждаю, что получил(а) копию уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности системы New York City Health and Hospitals Corporation.

_____ _____
Имя и фамилия пациента Номер медицинской карты пациента

_____ _____
Подпись пациента Дата

В случае наличия личного представителя пациента укажите имя и фамилию личного представителя печатными буквами:

_____ _____
Имя и фамилия личного представителя Подпись личного представителя

FOR USE BY NYCHHC STAFF ONLY:

☐ Patient refused to sign

☐ Patient unable to sign

_____
NYCHHC Employee's Initials

_____
Today's Date