



**Разрешение NYCHHC на выдачу медицинской информации по закону HIPAA**  
ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ ВСЕ ГРАФЫ БЛАНКА

**НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННОЙ ФОРМЫ В КАЧЕСТВЕ РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ В НАУЧНЫХ ИЛИ КОММЕРЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ, ДЛЯ СБОРА СРЕДСТВ ИЛИ ИНФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОСТИ**

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС ПАЦИЕНТА   |  | ДАТА РОЖДЕНИЯ   | № СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ПАЦИЕНТА (SSN) |
|   |  | № ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ   | ТЕЛЕФОН                                  |
| ФАМИЛИЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ВЫДАЮЩЕГО ИНФОРМАЦИЮ  |  | КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПОДЛЕЖИТ ВЫДАЧЕ:<br>Запрашиваемая информация _____<br>Даты лечения за период с _____ по _____  |  |
| ФАМИЛИЯ И АДРЕС ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ, КОТОРОМУ БУДЕТ ВЫДАНА ИНФОРМАЦИЯ  |  | ХАРАКТЕР ИНФОРМАЦИИ, ПОДЛЕЖАЩЕЙ ВЫДАЧЕ (Вы разрешаете выдачу информации того типа, который указан против помеченных клеток). <b>Внимание: мы не гарантируем рассмотрение Вашего запроса, если помечены не все клетки.</b><br><input type="checkbox"/> Информация о курсе наркологического лечения <input type="checkbox"/> Информация о состоянии психического здоровья<br><input type="checkbox"/> Результаты генетического обследования <input type="checkbox"/> Информация, связанная с ВИЧ/СПИД |  |
| ПРИЧИНА ВЫДАЧИ ИНФОРМАЦИИ<br><input type="checkbox"/> Юридический вопрос <input type="checkbox"/> Личный запрос<br><input type="checkbox"/> Иная причина (указать): _____ |  | СРОК ДЕЙСТВИЯ РАЗРЕШЕНИЯ ИСТЕКАЕТ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ (пометьте галочкой одну клетку)<br><input type="checkbox"/> События (указать): _____ <input type="checkbox"/> Даты (указать): _____   |  |

Я или мое доверенное лицо настоящим разрешаю использовать или выдавать указанную выше медицинскую информацию и (или) информацию о счетах за мое медобслуживание.

Мне известно, что если получатель (получатели) указанной выше информации не обязан(ы) по закону хранить её в тайне, касающаяся меня медицинская информация и (или) информация о счетах за медобслуживание может быть передана другим лицам и не подпадает под федеральные правила охраны тайны медицинской информации.

Мне известно, что если в моей истории болезни и (или) документах о счетах за медобслуживание содержится информация, связанная со **ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ ИЛИ НАРКОТИКАМИ, ГЕНЕТИЧЕСКИМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ, СОСТОЯНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ** и (или) **КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВИЧ/СПИД**, эта информация будет выдана указанным мною выше лицам только в том случае, если мною будут помечены соответствующие клетки в настоящем бланке.

Мне известно, что если я даю разрешение на использование или выдачу информации, связанной с ВИЧ/СПИД, получателю(ям) указанной информации запрещено без моего особого разрешения использовать или передавать кому-либо еще любую информацию о ВИЧ/СПИД, кроме случаев, когда это допускается федеральными законами или законами штата. Мне известно также, что я имею право требовать предоставления мне списка лиц, которые могут без разрешения получать или использовать касающуюся меня информацию о ВИЧ/СПИД. Если вследствие использования или выдачи информации о ВИЧ/СПИД я подвергнусь дискриминации, я вправе обратиться в Отдел прав человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону (212) 480-2493 или в Нью-Йоркскую городскую комиссию по правам человека (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 306-7450. Эти ведомства обязаны защищать мои права.

Мне известно, что я вправе отказаться от подписания настоящего разрешения и что отказ от подписания данной формы не повлияет на мое медицинское обслуживание, его оплату и объем предоставляемых мне льгот по линии медицинского обслуживания. Мне известно также, что в случае моего отказа от подписания настоящего разрешения NYCHHC не сможет удовлетворить мою просьбу о выдаче касающейся меня медицинской информации и (или) информации о счетах за мое медобслуживание.

Мне известно, что я вправе затребовать для ознакомления и (или) получить копию документов с указанной в настоящем разрешении информацией, заполнив и сдав бланк запроса на доступ (Request for Access Form). Мне известно также, что я вправе получить копию настоящего разрешения после его подписания мною.

Мне известно, что если данное разрешение на использование или выдачу касающейся меня медицинской информации и (или) информации о счетах за мое медобслуживание было мною подписано, я имею право отменить его в любой момент, однако такая отмена не распространяется на действия, которые NYCHHC уже совершило на основании данного мною разрешения, а также на случаи, когда разрешение оформляется в качестве одного из условий получения страхового покрытия.

Для отзыва данного разрешения обращайтесь в архив медицинской информации (Health Information Management department) учреждения, в котором обрабатывается этот запрос.

**Данная форма мною прочитана и ответы на все мои вопросы по её поводу мною получены. Своей подписью ниже подтверждаю, что всё вышеприведенное мною прочитано и я согласен (согласна) со всем приведенным выше.**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА | ЕСЛИ ПОДПИСЫВАЕТ НЕ ПАЦИЕНТ, РАЗБОРЧИВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ВПИШИТЕ ИМЯ, ФАМИЛИЮ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА, ПОДПИСАВШЕГО БЛАНК |
| ДАТА                                  | СВЕДЕНИЯ О ПОЛНОМОЧИЯХ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА НА ДЕЙСТВИЯ ОТ ИМЕНИ ПАЦИЕНТА  |

**Если настоящее разрешение оформляется по требованию HHC, копия настоящего разрешения после подписания должна быть выдана пациенту или его доверенному лицу.**

**(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)**

| HHC USE ONLY   |  |
|----------------|--|
| Date Received: | Initials of HIM employee processing request: |
| Date Completed | Comments                                     |