



Единая точка доступа для детей г. Нью-Йорка: разрешение на раскрытие информации

Имя и фамилия ребенка/пациента:	Дата рождения:
---------------------------------	----------------

Я, _____, разрешаю Департаменту здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка (NYC Department of Health and Mental Hygiene) через программу «Единая точка доступа для детей» (Children's Single Point of Access, CSPOA) раскрывать и получать следующую информацию о моем ребенке (или обо мне, если мне 18 или более лет), либо получать к ней доступ:

все данные об учебе, медицинском обслуживании, лечении злоупотребления психоактивными веществами и данные оценок психического здоровья, включая стандартную форму направления; данные психиатрических и психологических оценок; данные оценок психосоциального развития; данные выписок из истории болезни; все клинические данные; заметки о проведении психотерапии, сделанные поставщиком медицинских услуг, который является специалистом в области психического здоровья и который документирует или анализирует содержание бесед во время индивидуального сеанса консультирования или группового, совместного или семейного сеанса консультирования, которые могут храниться отдельно от моей медицинской документации; все данные, имеющиеся у программы CSPOA или полученные ею; другая информация, указанная в поле ниже:

Другая информация, подлежащая раскрытию [если раскрываемая информация попадает под действие положений 42 CFR Part 2, укажите точные данные здесь]:

Я разрешаю CSPOA раскрывать и получать указанную выше информацию из любого плана медицинского обслуживания, от врача, медицинского работника, больницы, клиники, лаборатории, аптеки, медицинского учреждения или другого поставщика медицинских услуг, социального работника, организации социального обслуживания, поставщика услуг в области психического здоровья либо других лиц или организаций, указанных в поле ниже, которые предоставили либо предоставят оплату, лечение или услуги моему ребенку или от имени моего ребенка (либо мне или от моего имени, если мне 18 или более лет), а также получать доступ к такой информации.

Имя, фамилия другого(-их) лица (лиц) или название организации(-й), которым будет раскрыта информация [если раскрываемая информация попадает под действие положений 42 CFR Part 2, укажите имя(-ена) и фамилию(-и) того/тех лица (лиц) или название той/тех организации(-й), которые получают информацию]:

После моего отзыва данное разрешение прекратит свое действие, если в поле ниже не будет указана дата или событие:

Дата прекращения действия разрешения или событие, которое влечет за собой его прекращение:

Данная информация раскрыта или получена CSPOA по моему запросу и (или) в целях оценки услуг, определения соответствия установленным критериям, выдачи направления на получение услуг или предоставления услуг моему ребенку (или мне, если мне 18 или более лет) и (или) в целях, указанных в поле ниже:

Другие цели раскрытия информации:

Я понимаю, что не обязан(-а) подписывать данное разрешение, и что мой отказ подписать его не повлияет на возможность моего ребенка (или мою возможность, если мне 18 или более лет) получать лечение, равно как и на право моего ребенка на получение услуг (или на мое право, если мне 18 или более лет). За некоторыми исключениями, информация после раскрытия может быть повторно раскрыта получателем.

Я также понимаю, что у меня есть право в любое время отозвать данное разрешение, отправив письменный запрос в: DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101. Я понимаю, что мой отзыв не вступит в силу, если лица или организации, которым я разрешил(-а) использовать и (или) раскрывать информацию, имеющую отношение к моему ребенку (или ко мне, если мне 18 или более лет), уже предприняли действия в связи с моим разрешением.

Подпись пациента или законного представителя

Дата

3.25 Russian