

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ,  
КАСАЮЩЕЙСЯ АЛКОГОЛЬНОЙ/НАРКОТИЧЕСКОЙ  
ЗАВИСИМОСТИ,  
НАХОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКОМ  
УЧРЕЖДЕНИИ И ЕГО ОБЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО  
СОСТОЯНИЯ**

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
№ ДЕЛА		
УЧРЕЖДЕНИЕ		

**ИНСТРУКЦИИ:** КОПИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ СЛЕДУЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, даю персоналу данного учреждения разрешение сообщать сведения о моем нахождении (или отсутствии) в данном учреждении и предоставлять информацию о моем общем физическом состоянии лицам, перечисленным ниже, которых лично интересует мое местопребывание и состояние здоровья. Я даю разрешение известить моих ближайших родственников, перечисленных ниже, в случае получения мной травмы, моего заболевания или иных чрезвычайных обстоятельств.

Имя ближайшего родственника	Телефон
Адрес	

ИМЕНА ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ЛИЦ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА

Я понимаю, что могу в письменной форме отозвать данное согласие, кроме случаев, когда основании этого документа дозволенная к раскрытию информация уже была раскрыта. В любом случае данное согласие прекращает действовать через один (1) месяц после моей выписки из данного учреждения. Я также понимаю, что любое раскрытие информации по моему согласию данным учреждением регулируется Титулом 42 Свода федеральных нормативных актов, устанавливающим принцип конфиденциальности медицинской информации пациентов, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости, а также Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 г. (HIPAA).

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

\_\_\_\_\_  
(Имя пациента печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Имя родителя/опекуна печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)