Office of Alcoholism and Substance Abuse Services

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, КАСАЮЩЕЙСЯ ВИЧ*

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА/ОБВИНЯЕМОГО ,	ИМЯ СРЕД. ИНИЦИАЛ
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ №	№ ДЕЛА
УЧРЕЖДЕНИЕ	ОТДЕЛ

ИНСТРУКЦИИ: Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента

Конфиденциальные сведения, касающиеся ВИЧ, — это любая информация, указывающая на то, что пациент проходил тест на ВИЧ, инфицирован ВИЧ, имеет заболевание, связанное с ВИЧ, или СПИД, а также любая информация, которая может указывать на то, что пациент потенциально подвержен воздействию ВИЧ.

По законам штата Нью-Йорк, если дело не относится к определенным категориям людей, то конфиденциальные сведения, касающиеся ВИЧ, могут быть переданы только лицам, которым вы разрешаете передать эти сведения, подписав соответствующее разрешение. Вы можете потребовать предоставить вам список лиц, которым конфиденциальные сведения, касающиеся ВИЧ, могут быть переданы без подписания формы согласия.**

Если вы подпишете данную форму, то сведения, касающиеся ВИЧ, могут быть переданы лицам, список которых содержится в этой форме, и по перечисленным в ней причинам. Вы не обязаны подписывать эту форму, и вы можете в любое время изменить свое решение.

Если вы подверглись дискриминации по причине раскрытия сведений, касающихся ВИЧ, вы можете обратиться в Управление штата Нью-Йорк по правам человека по телефону (888) 392-3644 или в Комитет г. Нью-Йорка по правам человека по телефону (212) 306-7450. Эти организации занимаются защитой ваших прав.

ИМЯ И АДРЕС ЛИЦА, РАСКРЫВАЮЩЕГО СВЕДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ВИЧ	ИМЯ И АДРЕС ЛИЦА, КОТОРОМУ БУДУТ РАСКРЫТЫ СВЕДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ВИЧ
ПРИЧИНА РАСКРЫТИЯ СВЕДЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ ВИЧ	
ОБЪЕМ ИЛИ ХАРАКТЕР ИНФОРМАЦИИ, ПОДЛЕЖАЩЕЙ РАСКРЫТИЮ	
ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО РАЗРЕШАЕТСЯ РАСКРЫТИЕ С: по:	

Я получил(а) ответы на свои вопросы, касающиеся формы. Я знаю, что не обязан(а) давать разрешение на разглашение сведений, касающихся ВИЧ, и я в любой момент могу изменить свое решение и отозвать свое согласие на разглашение, кроме случаев, когда на основании этого документа уже предприняты какие-либо действия.

_____ (Подпись пациента/обвиняемого)

_____ (Подпись родителя/опекуна, если требуется)

_____ (Имя пациента/обвиняемого печатными буквами)

_____ (Имя родителя/опекуна печатными буквами)

_____ (Дата)

_____ (Дата)

* **Вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД.**

** **Федеральные нормативные акты, касающиеся медицинской информации о пациентах, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости (Титул 42 Свода федеральных законов США, часть 2), могут требовать вашего согласия или распоряжения суда, даже если закон штата его не требует.**

Одобренная штатом Нью-Йорк форма соответствует федеральным требованиям (Титул 42 Свода федеральных законов США, часть 2) и требованиям штата, установленным для формы согласия