



Управление по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)

Разрешение на предоставление информации о психическом здоровье

Имя пациента	Дата рождения	Идентификационный номер пациента
Адрес пациента		

Я, или уполномоченный мной представитель, прошу передавать медицинскую информацию о моем лечении и обмениваться ею в порядке, изложенном в настоящей форме. Я понимаю следующее.

1. Данное разрешение может включать разглашение моей медицинской информации в полном объеме, включая, в соответствующих случаях, мой федеральный номер социального обеспечения (только в целях сравнения записей), любую информацию, связанную с ЛЕЧЕНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, и информацию о ВИЧ/СПИД. В случае, если описанная ниже медицинская информация включает что-либо из вышеперечисленного, я отдельно разрешаю предоставление такой информации Управлению по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (OASAS).

Если Вы поставите свои инициалы в этой строке, информация о ВИЧ/СПИД также будет предоставляться OASAS. Вам не обязательно ставить свои инициалы в этой строке.

Если Вы поставите свои инициалы в этой строке, Ваш номер социального обеспечения также будет предоставляться OASAS. Вам не обязательно ставить свои инициалы в этой строке.

2. После разглашения медицинская информация, за некоторыми исключениями, может быть повторно разглашена учреждением, получившим ее. В случае, если я даю свое согласие на предоставление своего номера социального страхования, информации, касающейся ВИЧ/СПИД, лечения алкогольной или наркотической зависимости, то получающие ее учреждения не вправе передавать такую информацию посторонним или использовать раскрытую информацию в целях, отличных от указанных в настоящем разрешении, без моего дополнительного разрешения, если иное не предусмотрено федеральным законодательством или законами штата. Если я стану жертвой дискриминации в результате предоставления или разглашения связанной с ВИЧ/СПИД информации, я вправе обратиться в Управление по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по номеру 1-888-392-3644. Это ведомство отвечает за защиту моих прав.

3. Я могу отозвать настоящее разрешение в любой момент, в письменной форме, обратившись к поставщику, указанному ниже в пункте 5. Я понимаю, что отзыв мною настоящего разрешения не распространяется на те случаи, когда на основании настоящего разрешения уже совершены определенные действия.

4. Подписание настоящего разрешения является добровольным. Я понимаю, что, как правило, мое лечение, оплата, участие в плане медицинского страхования или право на получение помощи не зависят от моего согласия на разглашение информации. Однако я понимаю, что в определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу это разрешение.

5. Название и адрес поставщика или учреждения, предоставляющего эту информацию и обменивающегося ею:	
6. Название и адрес учреждений, которым будет предоставлена эта информация и с которыми будут обмениваться такой информацией: NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, 1450 Western Avenue, Albany, New York 12203 Я разрешаю вышеуказанному учреждению информировать Управление по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (OASAS) о моем участии в этой программе лечения, чтобы можно было оценить качество получаемых мною услуг. Я также даю согласие на необходимый обмен информацией в полном объеме между этим медицинским учреждением и OASAS касательно лечения моей алкогольной и (или) наркотической зависимости в прошлом, а также текущего и предлагаемого лечения.	
7. Цель настоящего разглашения — соответствие реализации инициативы реформирования системы медицинской помощи Medicaid в штате Нью-Йорк и соответствие обязательным федеральным требованиям к отчетности. Принимая информацию, передаваемую в рамках этого согласия, в систему клиентских данных OASAS штата Нью-Йорк, OASAS штата Нью-Йорк признает, что эта информация не может быть повторно разглашена в соответствии с разделом 2.32 титула 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR) «Запрет на повторное разглашение информации».	
8. Мою медицинскую информацию можно разглашать в течение 3 (трех) лет с момента последнего оказания услуги или до момента отзыва разрешения.	
9. Имя лица, подписывающего форму, если таковое не является пациентом:	10. Право подписи от имени пациента:

Все пункты настоящей формы были заполнены, я получил (-а) ответы на свои вопросы об этой форме и получил (-а) ее копию.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

Заявление свидетеля/подпись: Я являюсь свидетелем оформления настоящего разрешения и заявляю, что пациенту и (или) его законному представителю была вручена копия подписанного разрешения.

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ СОТРУДНИКА

ПОДПИСЬ

ДАТА

Раскрываемая посредством настоящей формы информация, связанная с лечением алкогольной или наркотической зависимости, или конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ, должна сопровождаться обязательным заявлением касательно запрета на повторное разглашение.