

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ  
О ПАЦИЕНТЕ С АЛКОГОЛЬНОЙ/НАРКОТИЧЕСКОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ  
ОЦЕНКА LOCADTR**

Дата отзыва: \_\_\_\_\_ Инициалы сотрудника: \_\_\_\_\_

Фамилия пациента	Имя	Средний инициал/отчество
Номер дела		
Учреждение	Отделение	

**ИНСТРУКЦИИ:**

**КОПИЯ ДАННОЙ ФОРМЫ ВЫДАЕТСЯ ПАЦИЕНТУ!** Приготовьте 1 (одну) копию для истории болезни пациента. Если данная форма должна быть направлена в другое учреждение с запросом на предоставление информации, подготовьте дополнительную копию для истории болезни пациента.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА РАСКРЫТИЕ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ**

**ОБЪЕМ И ВИД РАСКРЫВАЕМОЙ ИЛИ ПОЛУЧАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Вся информация, необходимая для проведения индивидуальной оценки уровня ухода для направления на лечение алкогольной и наркотической зависимости (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, LOCADTR).

**ЦЕЛЬ ИЛИ ХАРАКТЕР РАСКРЫТИЯ/ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСКРЫВАЮЩЕЙ И ПОЛУЧАЮЩЕЙ ЛИЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ**

Я даю свое согласие на раскрытие конфиденциальной информации и обмен такой информацией Управлению по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) и указанному выше сертифицированному OASAS лечебному учреждению и плательщику / представителю программы управляемого медицинского обеспечения \_\_\_\_\_ в связи с моим лечением, включая информацию из клиентской базы данных OASAS (Client Data System, CDS) и мой номер социального страхования.

Я понимаю, что данные оценки по определению уровня ухода будут раскрыты только мне и указанному выше лечебному учреждению OASAS и плательщику / представителю программы. Исключения составляют случаи, когда я дал (-а) письменное разрешение на передачу такой информации другим учреждениям, программам или плательщикам.

Я также понимаю, что может быть проведена оценка обезличенной информации, чтобы можно было оценить эффективность инструмента оценивания LOCADTR.

Я, нижеподписавшийся (-аяся), ознакомился (-ась) с вышесказанным и уполномочиваю Управление по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк и персонал указанного выше сертифицированного OASAS лечебного учреждения раскрывать и получать такую информацию в соответствии с данным документом.

Я понимаю, что данное согласие может быть в любое время отозвано мною в письменной форме, за исключением случаев, когда действия в связи с ним уже были совершены. Действие данного согласия истекает по прошествии 6 (шести) месяцев с момента подписания, если ниже не указан другой период времени, событие или условие. В таком случае применяется такой период времени, событие или условие. Я также понимаю, что на любое разглашение любой личной информации распространяется действие части 2 раздела 42 Свода федеральных правил (C.F.R.), регулирующей конфиденциальность информации о пациентах с алкогольной и наркотической зависимостью, а также Закона о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) от 1996 г., изложенного в § 160 и 164 раздела 45 C.F.R.; а также что повторное раскрытие этой информации другим лицам, помимо указанных выше, без дополнительного письменного разрешения с моей стороны запрещено.

**ПРИМЕЧАНИЕ.**

К любой информации, раскрытой согласно данному документу, **ДОЛЖНА** прилагаться форма «Запрет на повторное раскрытие информации о пациенте с алкогольной и наркотической зависимостью» (TRS-1).

Я понимаю, что программа, как правило, не может обуславливать мое лечение подписанием формы согласия, однако в определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Я получил (-а) копию данной формы.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(Подпись родителя/опекуна)

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

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

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)