



## Разрешение на предоставление и передачу информации о психическом здоровье

Имя пациента	Дата рождения	Идентификационный номер пациента
Адрес пациента		

Я, или уполномоченный мной представитель, прошу предоставлять и передавать медицинскую информацию о моем лечении в порядке, изложенном в настоящем документе. Я понимаю, что:

- Настоящее разрешение может включать разглашение любой моей медицинской информации, включая в соответствующих случаях любую информацию, относящуюся к ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, включая ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ\*, ГЕНЕТИЧЕСКУЮ информацию, информацию, ОТНОСЯЩУЮСЯ К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ и информацию о ВИЧ/СПИД. Если описанная ниже информация включает что-либо из вышеперечисленного, я отдельно разрешаю предоставление такой информации учреждениям, указанным в пункте 6.
- После разглашения медицинская информация, за некоторыми исключениями, может быть повторно разглашена учреждением, получившим ее. Если я даю свое согласие на предоставление информации, касающейся ВИЧ/СПИД, лечения алкогольной или наркотической зависимости либо лечения психических заболеваний, включая истории болезни\*, генетическую информацию и (или) информацию, относящуюся к планированию семьи, получающие ее учреждения не вправе передавать ее далее 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 информации, связанной с ВИЧ/СПИД, я могу обратиться в Управление по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону 1-888-392-3644. Указанное учреждение отвечает за защиту моих прав.
- Я могу отозвать настоящее разрешение в любой момент, направив письменное обращение поставщику, указанному ниже в пункте 5. Я понимаю, что отзыв настоящего разрешения не распространяется на те случаи, когда на основании настоящего разрешения уже совершены определенные действия.
- Подписание настоящего разрешения является добровольным. Я понимаю, что в целом доступ к любым услугам не зависит от моего согласия на раскрытие информации. Однако я понимаю, что при определенных обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу настоящее разрешение.

5. Название и адрес поставщика услуг или учреждения, которым будет предоставлена эта информация и с которыми будет производиться обмен такой информацией:

6. Название и адрес учреждений, предоставляющих эту информацию и обменивающихся ею:

Я разрешаю вышеперечисленным учреждениям обращаться к упомянутым ниже поставщикам услуг, чтобы получить доступ к моей личной медицинской информации и обеспечить координацию необходимых мне медицинских услуг. Для целей оценки качества получаемых мною услуг я также даю согласие на необходимый информационный обмен в полном объеме между этим медицинским учреждением и следующими учреждениями, имеющими отношение к лечению моей алкогольной и (или) наркотической зависимости в прошлом, а также текущему и предлагаемому лечению:

- Управление по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS); и
- Другие: \_\_\_\_\_

7. Цель настоящего разглашения — дать возможность уполномоченным учреждениям обмениваться информацией с Управлением по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк для осуществления отчетности.

8. Мою медицинскую информацию можно разглашать и передавать в течение 2 (двух) лет с даты последнего оказания услуги или до даты отзыва

9. Имя лица, подписывающего документ, если это не пациент:

10. Право подписи от имени пациента:

Все пункты настоящего документа заполнены, мне были предоставлены ответы на вопросы по настоящему документу и его копия.

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 предоставлена копия подписанного разрешения.

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ СОТРУДНИКА

ПОДПИСЬ

ДАТА

Настоящий документ утвержден Управлением по борьбе с алкоголизмом и наркоманией штата Нью-Йорк для разрешения разглашения медицинской информации. Однако настоящий документ не требует от поставщика медицинских услуг раскрытия медицинской информации.

**Раскрываемая посредством настоящего документа информация, относящаяся к лечению алкогольной или наркотической зависимости, или конфиденциальная информация, относящаяся к ВИЧ, должна сопровождаться обязательным заявлением о запрете на повторное разглашение.**

\* Примечание. В соответствии с настоящим разрешением информация из историй психических болезней может быть передана лицам, указанным в настоящем документе, которые имеют объективную потребность в информации, при условии, что есть основания полагать, что раскрытие такой информации не нанесет ущерб пациенту или иному лицу.