



# Office of Addiction Services and Supports

## СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОЦЕНКА УРОВНЯ УХОДА (LOCADTR)

Отозвано: \_\_\_\_\_ Инициалы сотрудника: \_\_\_\_\_

Фамилия пациента	Имя	Ср.иниц.
Номер карты		
Учреждение	Отделение	

### ИНСТРУКЦИИ:

**ВРУЧИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ ПАЦИЕНТУ!** Подготовьте одну (1) копию для медицинской карты пациента. Если эта форма отправляется в другое учреждение с запросом информации, подготовьте дополнительную копию для медицинской карты пациента.

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА РАСКРЫТИЕ И ПОЛУЧЕНИЕ ИДЕНТИФИЦИРУЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИИ

### ОБЪЕМ ИЛИ ХАРАКТЕР РАСКРЫВАЕМОЙ ИЛИ ПОЛУЧАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

Вся информация, требуемая для выполнения оценки уровня ухода для лечения серьезной игровой зависимости (LOCADTR).

### ЦЕЛЬ ИЛИ ХАРАКТЕР РАСКРЫТИЯ/ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАСКРЫВАЮЩИХ И ПОЛУЧАЮЩИХ ИДЕНТИФИЦИРУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ:

Я соглашаюсь на раскрытие Управлению по обслуживанию и поддержке лиц с зависимостью (OASAS) штата Нью-Йорк, сертифицированному OASAS лечебному учреждению и плательщику/программе управляемого медицинского обслуживания \_\_\_\_\_ и передаче между ними конфиденциальной информации о моем клиническом лечении, включая информацию из Gambling Data System (GDS) OASAS и мой номер социального страхования.

Я понимаю, что данные оценки уровня ухода будут предоставлены только мне, лечебному учреждению OASAS и вышеуказанному плательщику/программе, если я не дам письменного разрешения на предоставление этой информации другим учреждениям, программам или плательщикам.

Я также понимаю, что сведения, не относящиеся к персональной идентификации, могут анализироваться для оценки эффективности инструмента оценки LOCADTR.

Я, нижеподписавшийся, прочитал(а) вышеприведенное и разрешаю Управлению по обслуживанию и поддержке лиц с зависимостью (OASAS) штата Нью-Йорк и персоналу сертифицированного OASAS лечебного учреждения раскрывать и получать указанную здесь информацию.

Я понимаю, что данное согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время, кроме случаев, когда на его основании были предприняты действия. Настоящее согласие действительно в течение шести (6) месяцев с даты его подписания, если ниже не указан иной срок действия, событие или условие, в каком случае применяется этот срок действия, событие или условие. Я также понимаю, что любое раскрытие любой идентифицирующей информации осуществляется в соответствии с положениями Закона Health Insurance Portability and Accountability Act от 1996 г. (HIPAA) 45 C.F.R. §§160 и 164.

Я понимаю, что обычно мое лечение по программе не зависит от моего подписания формы согласия, но что в некоторых случаях мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу форму согласия. Я получил(а) копию данной формы.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Дата)