

**СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ИНФОРМАЦИИ О НАХОДЯЩИХСЯ В
УЧРЕЖДЕНИИ ЛИЦАХ С НАРУШЕНИЯМИ,
ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, И ИХ ОБЩЕМ
МЕДИЦИНСКОМ СОСТОЯНИИ**

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА	СР. ИНИЦ.	ИМЯ
№ КАРТЫ		
УЧРЕЖДЕНИЕ		

ИНСТРУКЦИИ: ВРУЧИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию для медицинской карты пациента.

Я, нижеподписавшийся, разрешаю персоналу данного учреждения сообщать о том, нахожусь ли я в данном учреждении, и предоставлять информацию о моем общем состоянии указанным ниже лицам, интересующимся моим местонахождением и состоянием. Я соглашаюсь с тем, что моего ближайшего родственника, указанного ниже, будут уведомлять в случае травмы, заболевания или иного экстренного случая.

Имя и фамилия ближайшего родственника	Телефон
Адрес	

ИМЕНА ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ЛИЦ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА

Я понимаю, что данное согласие может быть отозвано мной в письменной форме, кроме случаев, когда на его основании была раскрыта разрешенная информация. В любом случае данное согласие теряет силу через один (1) месяц после моей выписки из данного учреждения. Я также понимаю, что любое раскрытие информации, сделанное от моего имени данным учреждением, регулируется Разделом 42 Свода федеральных постановлений (Code of Federal Regulations), регламентирующим конфиденциальность записей пациентов о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, а также Законом о мобильности и подотчетности медицинского страхования («HIPAA»).

(Подпись пациента)

(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

(Имя и фамилия пациента печатными буквами)

(Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами)

(Дата)

(Дата)