



**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О
ВИЧ***

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА/ОТВЕТЧИКА		ИМЯ
		СР.ИНИЦ.
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ДЕЛА	
УЧРЕЖДЕНИЕ	ОТДЕЛЕНИЕ	

ИНСТРУКЦИИ: Подготовьте одну (1) копию для медицинской карты пациента.

Конфиденциальная информация о ВИЧ — это любая информация, указывающая, что данный пациент сдал тест на ВИЧ или имеет ВИЧ-инфекцию, заболевание, связанное с ВИЧ, или СПИД, или информация, которая может указывать на возможность заражения пациента ВИЧ-инфекцией.

Согласно законодательству штата Нью-Йорк, конфиденциальная информация о ВИЧ может быть предоставлена только лицам (за несколькими исключениями), которые указаны в разрешении, подписанном вами. Вы можете попросить список людей, которым можно предоставлять конфиденциальную информацию о ВИЧ, без формы разрешения.**

Если вы подпишете эту форму, информация о ВИЧ может быть предоставлена лицам, указанным в этой форме, и для целей, указанных в форме. Вы не обязаны подписывать эту форму, и вы можете в любой момент изменить свое решение.

Если вы сталкиваетесь с дискриминацией вследствие раскрытия информации о ВИЧ, вы можете обратиться в Отдел по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону (888) 392-3644 или в Комиссию по правам человека города Нью-Йорка (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 306-7450. Эти учреждения отвечают за защиту ваших прав.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ И АДРЕС ЛИЦА, КОТОРОЕ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВИЧ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ И АДРЕС ЛИЦА, КОТОРОМУ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНА ИНФОРМАЦИЯ О ВИЧ
ПРИЧИНА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ	
ОБЪЕМ ИЛИ ХАРАКТЕР ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ	
ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО РАЗРЕШЕНО ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ	
С:	По:

Я получил(а) ответы на мои вопросы об этой форме. Я знаю, что я не обязан(а) разрешать предоставлять информацию о ВИЧ и что я могу в любой момент изменить свое решение и отозвать свое согласие, кроме случаев, когда на основании этого согласия уже были предприняты действия.

(Подпись пациента/ответчика)

(Подпись родителя/опекуна, если требуется)

(Имя и фамилия пациента/ответчика печатными буквами)

(Имя и фамилия

родителя/опекуна печатными буквами) (Дата)

(Дата)

* Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — это вирус, который может вызывать синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).

** Федеральные нормы в отношении пациентов с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (42 CFR Часть 2), могут требовать вашего согласия или судебного приказа в ситуациях, когда законодательство штата этого не требует.