

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Идентификационный номер пациента
Адрес пациента		

Я (или мой уполномоченный представитель) разрешаю предоставлять и передавать медицинскую информацию о моем уходе и лечении, как указано в настоящей форме. Я понимаю, что:

- 1 Данное разрешение может включать раскрытие всей моей медицинской информации, включая, где это применимо, всех и любых сведений, касающихся ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ и НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, включая КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАПИСИ\*, ГЕНЕТИЧЕСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ИНФОРМАЦИЮ О ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ и ИНФОРМАЦИЮ, КАСАЮЩУЮСЯ ВИЧ/СПИД. В случае если описанная ниже медицинская информация включает любые из этих видов сведений, я явно разрешаю предоставление таких сведений организациям, указанным в пункте 6.
- 2 Кроме нескольких исключений, раскрытая медицинская информация может быть повторно раскрыта получившей ее организацией. Если я разрешаю предоставление сведений, касающихся ВИЧ/СПИД, лечения алкогольной или наркотической зависимости или психиатрического лечения, включая клинические записи\*, генетическую информацию и/или информацию о планировании семьи, получающей организации запрещается повторно раскрывать такие сведения или использовать раскрытую информацию для любых целей, кроме цели, указанной в настоящем разрешении, без моего дополнительного разрешения, кроме случаев, когда это разрешено федеральным или штатным законодательством. Если в отношении меня будет допущена дискриминация вследствие предоставления или раскрытия информации, касающейся ВИЧ/СПИД, я имею право обратиться в Отдел по правам человека штата Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону 1-888-392-3644. Это учреждение отвечает за защиту моих прав.
- 3 Я имею право отозвать это разрешение в любое время, написав поставщику, указанному ниже в пункте 5. Я понимаю, что имею право отозвать данное разрешение, кроме случаев, когда на основании этого согласия уже были предприняты действия.
- 4 Подписание этого разрешения является добровольным. Я понимаю, что общее получение мной услуг не зависит от предоставления мной разрешения на раскрытие информации. Однако я понимаю, что в некоторых обстоятельствах мне может быть отказано в лечении, если я не подпишу данную форму согласия.

5. Имя и адрес поставщика или организации, которой эта информация может быть раскрыта или передана:  Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Ave, Albany, NY 12203	
6. Имя и адрес поставщика (поставщиков), предоставляющего и передающего информацию:  Я разрешаю поставщикам, указанным ниже, предоставлять мою персональную медицинскую информацию указанной выше организации (Управления наркологических услуг и поддержки). Чтобы можно было оценить качество предоставляемых мне услуг, я также даю согласие на весь необходимый обмен информацией между Управлением наркологических услуг и поддержки (Office of Addiction Services and Supports) и следующими поставщиками относительно моего прошлого лечения алкогольной и/или наркотической зависимости, текущих и предлагаемых услуг лечения:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имя и адрес поставщика: _____</li> <li>• Имена и адреса дополнительных поставщиков: _____</li> </ul>	
7. Данное раскрытие информации выполняется с целью разрешить уполномоченным организациям обмениваться информацией с Управлением наркологических услуг и поддержки для обеспечения отчетности.	
8. Моя медицинская информация может быть раскрыта и передана в течение двух (2) лет с даты последнего получения услуг или до отзыва данного разрешения.	
9. Имя и фамилия лица, подписавшего данную форму (если это не пациент):	10. Полномочия подписи от имени пациента:

Все пункты в данной форме заполнены, я получил(а) ответы на все мои вопросы относительно данной формы, и мне вручена копия данной формы.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА

Данная форма одобрена Управлением наркологических услуг и поддержки штата Нью-Йорк (NYS Office of Addiction Services and Supports) для разрешения раскрытия медицинской информации. Однако данная форма не обязывает поставщиков медицинских услуг предоставлять медицинскую информацию.

**К информации о лечении алкогольной/наркотической зависимости и конфиденциальной информации относительно ВИЧ, предоставленной посредством данной формы, необходимо приложить обязательные заявления о запрете дальнейшего раскрытия.**

\*Примечание. В соответствии с данным разрешением информация из клинических записей о психиатрическом лечении может быть предоставлена указанным здесь сторонам, которые имеют доказуемую потребность в этой информации, при условии что такое раскрытие при разумном допущении не нанесет ущерба пациенту или другому лицу.

TRS-63 Версия 1.3 (02/2022)