

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Имя пациента: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ Номер телефона: (____) _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Вы имеете право выбрать одно или несколько лиц, которые будут действовать от вашего имени в отношении ваших защищенных медицинских данных (ЗМД). Защищенная медицинская информация включает в себя информацию о вашем визите или состоянии здоровья, список лекарств, запись на прием, направления на лабораторные исследования и их результаты и многое другое. Заполняя эту форму, вы даете нам знать, что уполномочиваете своих личных представителей прослушивать/просматривать вашу защищенную медицинскую информацию и принимать решения о лечении от вашего имени. Это дает доступ к информации только вашему личному представителю **Вы**. разрешаете им доступ. Пожалуйста, заполните эту форму полностью, чтобы мы могли предоставить вам и вашему представителю правильную информацию. Данная форма может быть отозвана в любое время.

Сотрудники CCOLE могут ограничить объем информации, предоставляемой уполномоченным представителям, до минимально необходимого для достижения поставленной цели.

Я разрешаю CommuniCare+OLE рассматривать указанное ниже лицо (лица) в качестве уполномоченного представителя в отношении моей учетной записи:

Имя и фамилия:	_____ Стоматологическая карта ☐ Стоматологическая карта (стоматологическая история болезни и информация о посещениях) ☐ Снимки зубов (рентгеновские снимки)
Кем приходится пациенту:	_____ Медицинские записи ☐ Вся личная информация о здоровье (не включая поведенческое здоровье, злоупотребление психоактивными веществами, ВИЧ/СПИД, сексуальное здоровье) ☐ Только указанные записи: (Пожалуйста, опишите): _____
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	
Имя и фамилия:	_____ Стоматологическая карта ☐ Стоматологическая карта (стоматологическая история болезни и информация о посещениях) ☐ Снимки зубов (рентгеновские снимки)
Кем приходится пациенту:	_____ Медицинские записи ☐ Вся личная информация о здоровье (не включая поведенческое здоровье, злоупотребление психоактивными веществами, ВИЧ/СПИД, сексуальное здоровье) ☐ Только указанные записи: (Пожалуйста, опишите): _____
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	
Имя и фамилия:	_____ Стоматологическая карта ☐ Стоматологическая карта (стоматологическая история болезни и информация о посещениях) ☐ Снимки зубов (рентгеновские снимки)
Кем приходится пациенту:	_____ Медицинские записи ☐ Вся личная информация о здоровье (не включая поведенческое здоровье, злоупотребление психоактивными веществами, ВИЧ/СПИД, сексуальное здоровье) ☐ Только указанные записи: (Пожалуйста, опишите): _____
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ПРИМЕЧАНИЕ:

Ваша медицинская карта может содержать информацию, касающуюся ВИЧ/СПИДа, алкогольной/наркотической зависимости или услуг по охране поведенческого/психического здоровья. Фактические данные о лечении ВИЧ/СПИДа, алкогольной/наркотической зависимости и/или поведенческих/психических расстройств не будут разглашаться, если

Конфиденциальная информация о пациенте

- Сексуальное/репродуктивное здоровье/уход за половыми органами — контроль рождаемости, аборты, лечение ИППП, уход за половыми органами (CMIA §56.11)
- Информация, касающаяся диагностики или лечения психического здоровья (Кодекс социального обеспечения и учреждений §§5328 и далее)
- Информация, касающаяся лечения и консультирования по вопросам употребления психоактивных веществ (42 CFR Часть 2)
- Раскрытие результатов теста на ВИЧ/СПИД (Кодекс охраны здоровья и безопасности §120980(g)).
- Раскрытие информации о генетическом тестировании (Кодекс охраны труда и техники безопасности §124980(j))

ИСТЕЧЕНИЕ СРОКА:

Данное разрешение вступает в силу немедленно и **останется в силе навсегда** до тех пор, пока не будет отозвано мной в письменной форме, если здесь не указана иная дата: ____/____/____.

БЛАГОДАРНОСТИ:

- Я могу отказаться подписать это разрешение, и мой отказ не повлияет на мою возможность получить лечение или оплату.
- Я могу отозвать это разрешение в любое время.
- Мой отзыв должен быть оформлен в письменной форме, подписан мной или от моего имени и доставлен в любой из перечисленных ниже медицинских центров CommuniCare+OLE.
- Мой отзыв вступит в силу с момента получения, но не повлияет на использование или раскрытие информации, сделанное в период действия моего разрешения.
- Я имею право получить копию этого разрешения.
- Я могу проверить и получить копию медицинской информации, использование/раскрытие которой я разрешаю.

ОГРАНИЧЕНИЯ:

Законодательство штата Калифорния запрещает получателю дальнейшее раскрытие вашей медицинской информации, за исключением случаев, когда получатель получает другое разрешение от лица, которому она принадлежит, или если раскрытие требуется или разрешено законом. Эта защита не распространяется на получателей за пределами штата Калифорния.

ПОДПИСИ:

Имя (печатными буквами): _____ Подпись: _____ Дата: _____

Если документ подписан кем-то другим, а не пациентом, укажите печатными буквами имя и степень родства:

Имя (печатными буквами): _____ Кем приходится пациенту: _____

Подпись: _____ Дата: _____

ОТЗЫВ: Я понимаю и признаю, что отзыв/отмена данного обозначения не распространяется на информацию, которая уже была раскрыта, и не влияет на действия, предпринятые CCOLE Health до этого запроса.

Пожалуйста, поставьте подпись и дату, чтобы отозвать это разрешение: Подпись: _____ Дата: _____