

# Разрешение на раскрытие защищенной медицинской информации (PHI)



Информация о вас и вашем здоровье, называемая защищенной медицинской информацией (или «PHI»), является конфиденциальной. Планами медицинского страхования, такими как CareOregon, не допускается использование этой защищенной медицинской информации (PHI) или раскрытие ее кому-либо в отсутствие вашего письменного согласия на это. Настоящий документ служит вашим согласием на использование и раскрытие вашей информации PHI. Вы должны заполнить все поля, отмеченные звездочкой (\*), прежде чем этот документ станет действительным.

## Информация об участнике

Мои имя, фамилия (Пожалуйста, запишите имя участника печатными буквами): \_\_\_\_\_

Моя дата рождения (или номер участника программы CareOregon): \_\_\_\_\_

Я даю свое согласие программе CareOregon на использование и раскрытие моей информации PHI:

Физическое лицо или организация: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Кем приходится участнику: \_\_\_\_\_

Я прошу использовать или раскрыть мою защищенную медицинскую информацию (PHI), поскольку (перечислите причины): \_\_\_\_\_

Я прошу о таком раскрытии информации в общем и предпочитаю не указывать конкретную причину

\*Моя информация PHI, подлежащая раскрытию, включает следующее:

В полном объеме **ИЛИ**  Только те части, отмеченные мной ниже:

Предварительные разрешения

Платежные записи

Страховые требования

Лекарства

Записи плана медицинского страхования

Льготные услуги

Другое (Пожалуйста, опишите, какую конкретную информацию/документы вы запрашиваете):

Даты от: \_\_\_\_\_ до: \_\_\_\_\_

Событие (указывать необязательно): \_\_\_\_\_

(например, если вы оказались в больнице в июне 2011 года)

**Другая информация, на раскрытие которой я даю свое разрешение:** Три вида информации PHI, перечисленные ниже, защищены другими законами. Администрация программы CareOregon может раскрывать эту защищенную медицинскую информацию только в том случае, если я поставил(-а) свои инициалы в соответствующем пункте этого документа. Если я не поставил(-а) здесь своих инициалов, эта информация не может быть раскрыта программой CareOregon.

Инициалы	Вид информации PHI
	Все, что касается теста на ВИЧ/СПИД, включая информацию о том, сдавал(а) ли я его, результаты теста и другие записи о нем.
	Любая информация о моем психическом здоровье (за исключением записей сеансов психотерапии).
	Любая информация о диагнозах, касающихся наркотической или алкогольной зависимости, лечении или направлениях. (Я также понимаю, что согласно федеральному закону ни одно лицо, получающее информацию о наркотической или алкогольной зависимости от программы CareOregon, не может раскрывать ее кому-либо дополнительно, если я не предоставлю им свое письменное разрешение отдельно).

**Я понимаю свои права в отношении настоящего бланка выражения согласия:**

- Я могу попросить кого-либо из отдела обслуживания клиентов программы CareOregon помочь мне понять, как будет использоваться этот документ.
- Я знаю, что, если физическое или юридическое лицо, получившее эту информацию PHI, не является поставщиком медицинских услуг или планом медицинского страхования, действующим в соответствии с федеральными законами о соблюдении конфиденциальности, они могут разглашать информацию PHI, указанную выше. В таком случае мои сведения PHI не будут защищены этими законами.
- Я знаю, что платформы социальных сетей (такие как Facebook, Instagram, Twitter, Pinterest и т.д.) не являются безопасным местом для обмена медицинской информацией. Мое участие в группах, принятие приглашений, отправка материалов или комментариев и т.д. на платформах социальных сетей не защищены федеральными законами о соблюдении конфиденциальности.
- Поскольку я подписал(-а) этот документ, я имею право ознакомиться или получить копию любой защищенной медицинской информации, которая будет раскрыта.
- Мне не требуется подписывать этот документ для того, чтобы получать медицинские услуги, получать оплату своих медицинских услуг, узнавать о своей правомочности на получение льгот, или регистрироваться в программе CareOregon.
- Я могу отозвать это разрешение в письменной форме, за исключением случаев, когда в соответствии с ним программой CareOregon уже были предприняты определенные действия.
- Я могу передумать и отменить свое разрешение в любое время. Если я передумаю, я должен/должна буду сообщить об этом в программу CareOregon в письменной форме, отправив письмо на адрес:

**Attn:**

**Enrollment Department  
CareOregon  
315 SW Fifth Ave  
Portland OR 97204**

Если я передумаю и отменю это согласие, я понимаю, что моя информация PHI, возможно, уже могла быть использована или разглашена.

**Мое согласие на раскрытие информации PHI носит ограниченный характер**

Если я не передумаю и не подпишу новое письменное разрешение, мое согласие на раскрытие информации PHI будет прекращено в указанную ниже дату (отметьте один вариант):

- 365 дней с момента подписания этого документа
- Когда произойдет это событие (укажите конкретное событие) \_\_\_\_\_
- Или в эту дату (укажите конкретную дату или напишите «без даты окончания»): \_\_\_\_\_

*После подписания настоящей формы я могу попросить предоставить мне её копию.*

\*Моя подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Мое имя, фамилия печатными буквами: \_\_\_\_\_

*\*Если за участника ставит свою подпись кто-либо другой, просьба предоставить копию доверенности или другого юридического документа, дающего такое разрешение.*

Отправьте заполненный бланк по факсу на номер:

**503-416-3723**

**ИЛИ**

По почте:

**Enrollment Department  
CareOregon  
315 SW Fifth Ave  
Portland OR 97204**

Пересмотрено 27 апреля 2023 года