

Разрешение пациента на раскрытие, передачу и (или) получение защищенной медицинской информации

Последние записи в медицинских картах доступны в MyChart для немедленного скачивания без заполнения этой формы. Для получения дополнительной информации см. страницу 3.

1. Сведения о пациенте

Имя, инициал отчества, фамилия		Прежнее(-ие) имя (имена)/псевдоним	
Улица, дом, квартира	Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес эл. почты	Дата рождения	Телефон	

- 2. Цель запроса** ☐ Для юриста ☐ Для страховой компании ☐ По закону об отпуске по семейным и медицинским причинам
☐ Для поставщика медицинских услуг ☐ Для себя ☐ Другое (укажите) _____

3. Медицинские учреждения, раскрывающие информацию

☐ Медицинский центр и клиники Valley (VMCC)
☐ Поставщик медицинских услуг/клиника (отправьте эту форму напрямую поставщикам медицинских услуг за пределами VMCC): _____
Адрес: _____ Телефон: _____ Факс: _____

4. Получатель медицинской карты (например, страховая компания, юрист, врач, пациент)

Имя, инициал отчества, фамилия	Кому	Телефон	Факс	Эл. почта
Улица, дом, квартира	Город	Штат	Почтовый индекс	

5. Медицинские записи, подлежащие раскрытию: Диапазон дат: с _____ по _____ ИЛИ

☐ Последние за 2 года (по умолчанию, если не указаны даты)

☐ Медицинская карта	☐ Платёжные документы	☐ Прививочный сертификат	☐ Рентгенологические снимки
☐ Комментарии лечащих специалистов	☐ Результаты лабораторных и патоморфологических анализов	☐ Сведения об операциях	
☐ Рентгенологические заключения	☐ Другое (укажите): _____		

☐ Я разрешаю **УСТНОЕ ОБЩЕНИЕ** о моём анамнезе и лечении. (Поставив галочку в этом поле, Вы подтверждаете, что бумажные документы отправляться не будут, если не указано иное.)

СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ: Я разрешаю раскрывать следующую информацию, содержащуюся в медицинской карте Медицинского центра и клиники Valley (отметьте все подходящие варианты):

☐ Записи с результатами анализов, диагнозом или ходом лечения в связи с ВИЧ/СПИД и ЗППП (согласно RCW 70.02.220)
☐ Медицинская психиатрическая карта (согласно RCW 70.02.230 или 240)
☐ Медицинские записи относительно расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ (согласно Части 2 42 CFR)

6. Формат медицинских записей: пропустите этот пункт, если Вы отметили поле "только устное общение".

ПРИМЕЧАНИЕ: Рентгенологические снимки находятся на компакт-диске (CD) и требуют наличия программы для просмотра DICOM-файлов.

☐ CD/DVD (требуется программа для просмотра PDF-файлов) ☐ Бумага ☐ MyChart ☐ USB/флеш-накопитель ☐ Эл. почта (см. стр. 3)

7. Данное разрешение действительно до _____ (дата) ИЛИ при возникновении следующего события: _____

(Если не указываются дата или событие, разрешение будет действительно в течение трёх лет с даты подписания. Разрешения на раскрытие Вашей информации работодателю или финансовому учреждению могут действовать только в течение одного года.)

Подписывая указанную выше страницу, я подтверждаю, что прочитал(-а) и соглашаюсь с условиями, изложенными на обеих сторонах этой формы.

Подпись (пациента или лица, уполномоченного давать разрешение)	Дата
Если подпись ставит лицо, не являющееся пациентом, необходимо указать печатными буквами полное имя, причину, кем приходится пациенту и описание полномочий	



Разрешение пациента на раскрытие, передачу и (или) получение защищенной медицинской информации

Несовершеннолетние. Для раскрытия следующей информации требуется подпись несовершеннолетнего пациента: (1) заболевания, связанные с лечением репродуктивной сферы несовершеннолетнего; (2) заболевания, передающиеся половым путем (в возрасте 14 лет и старше); (3) злоупотребление алкоголем и (или) наркотиками, а также психические расстройства (в возрасте 13 лет и старше).

Права пациента. Я понимаю, что мне не нужно подписывать это разрешение для получения медицинских страховых выплат (в связи с лечением, оплатой услуг или регистрацией) Я могу отозвать это разрешение в любое время, за исключением случаев, когда на него уже ссылались, направив письменный запрос по адресу: Valley Medical Center, 400 S. 43rd Street, Renton, WA 98055. Я понимаю, что после того, как медицинская информация, раскрытие которой я разрешил, достигнет указанного получателя, она может перестать подпадать под действие законов о конфиденциальности и может быть раскрыта повторно.

Я понимаю, что у меня есть следующие права:

- Ознакомиться со своей защищенной медицинской информацией или получить ее копию
- Получить копию этой подписанной формы
- Отказаться подписывать эту форму для разрешения на раскрытие или передачу своей защищенной медицинской информации

Я также понимаю, что Медицинский центр и клиники Valley (VMCC) не будет принимать решения о лечении или оплате на основании получения этого подписанного разрешения, за исключением следующих случаев: (1) VMCC может обусловить лечение, связанное с исследованиями, моим подписанием или предоставлением мной разрешения на использование или раскрытие моей информации для таких исследований ; **либо** (2) VMCC может обусловить предоставление медицинского обслуживания, которое предназначено исключительно для создания защищенной медицинской информации для раскрытия третьей стороне, моим подписанием или предоставлением мной разрешения на раскрытие медицинской информации такой третьей стороне. Примером этого является ситуация, когда работодатель, не являющийся VMCC, заключает с Медицинским центром Valley договор на проведение анализов на туберкулез в целях медицинского обследования сотрудников.

Эту форму разрешения можно отправить нам по почте, электронной почте или факсу.

Valley Medical Center & Clinics

Почта: Release of Information

400 S 43rd Street

P.O. Box 50010

Renton, WA 98058

Факс: (425) 690-9407

Телефон: (425) 690-3406

Эл. почта: RecordsRequest@valleymed.org

Инструкции по заполнению

Разрешение пациента на раскрытие, передачу и (или) получение защищенной медицинской информации

Пункт № 1 (Сведения о пациенте): полное имя, прежние имена и псевдоним (если есть), полный адрес, дата рождения, номер телефона и адрес электронной почты пациента.

Пункт № 2 (Цель): укажите все возможные цели раскрытия информации.

Пункт № 3 (Медицинские учреждения, раскрывающие информацию): укажите учреждения, в которых хранится медицинская карта с информацией, подлежащей раскрытию.

Пункт № 4 (Получатель медицинской карты): укажите конкретное(-ых) лицо (лиц) или категорию(-ии) лиц, которые получают эту информацию.

Пункт № 5 (Медицинские записи, подлежащие раскрытию): (примечание) все варианты выбора потенциально включают устное общение о передаваемых записях. Выберите, какую информацию разрешается раскрывать.

- Выберите «За последние 2 года» или укажите диапазон дат для медицинских записей, которые необходимо передать. Если выбор не указан, будут переданы медицинские записи за последние 2 года.
- Вариант «УСТНОЕ ОБЩЕНИЕ» может использоваться для разрешения обсуждений с указанным(-и) лицом(-ами), перечисленными в пункте № 4.
- Если поле «СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ» не отмечено, эти медицинские записи **не** будут передаваться.

Пункт № 6 (Формат медицинских записей): укажите желаемый(-ые) для получения формат(-ы). При выборе передачи по электронной почте пациент понимает и принимает потенциальные риски, которые несёт в себе такая пересылка. На электронные письма распространяются ограничения по размеру файла.

Пункт № 7 (Срок действия): если указывается какое-либо событие, оно должно быть связано с пациентом (например, прекращение лечения пациента, смерть пациента) или с целью выдачи разрешения (например, если разрешение выдается для установления инвалидности, оно может прекратить свое действие после завершения установления). Конкретная дата предпочтительнее.

Завершение: получателю будет предоставлена копия запрошенных медицинских записей по состоянию на дату Вашего разрешения. Эти медицинские записи будут формироваться на основе медицинской карты, которая в некоторых случаях представляет собой гибридную запись, включающую как бумажные документы, так и медицинскую информацию из нескольких электронных систем учета медицинских данных. Поскольку электронная медицинская информация создаётся и генерируется в режиме реального времени множеством пользователей, мы делаем всё возможное, чтобы обеспечить включение в передаваемые копии всех медицинских записей, сделанных врачами, участвовавшими в лечении пациента. Если Вы считаете, что не получили всю запрошенную информацию, свяжитесь с отделом управления медицинской информацией.

Подписи: как правило, подписать эту форму имеет законное право пациент в возрасте 18 лет и старше. В случае, если пациент младше 18 лет, как правило, подпись от его имени должен поставить его родитель или законный опекун. Однако законодательство штата Washington предусматривает исключения из этих общих правил. Например, пациент может подписать эту форму независимо от возраста для раскрытия информации о своем репродуктивном здоровье; пациенты в возрасте 14 лет и старше могут разрешить раскрытие результатов анализа на ВИЧ; а пациенты в возрасте 13 лет и старше могут разрешить раскрытие информации об амбулаторном лечении психических заболеваний.

В случае смерти пациента эту форму может подписать переживший его супруг или личный представитель пациента (например, администратор или исполнитель завещания).

Все лица, подписывающие разрешение на использование или раскрытие медицинской информации от имени пациента, должны указать, кем они приходятся пациенту, и могут быть обязаны предоставить доказательства законных полномочий для предоставления разрешения на использование или раскрытие медицинской информации.

ПРИМЕЧАНИЕ. Последние записи в медицинских картах доступны в MyChart для немедленного скачивания без заполнения этой формы. Перейдите по ссылке <https://valleymed.org/mychart> для получения информации и инструкций. Для запроса медицинских записей, недоступных в MyChart, Вы можете заполнить электронную форму в MyChart в качестве альтернативы бумажной форме.