

Дозвіл пацієнта на розкриття, передачу та/або отримання захищеної медичної інформації

Останні медичні записи можна відразу завантажити через MyChart без заповнення цієї форми. Докладнішу інформацію див. на сторінці 3.

1. Інформація про пацієнта

Прізвище, ім'я, ініціали середнього імені		Попередні імена/псевдоніми	
Адреса (вулиця й номер будинку)	Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса електронної пошти	Дата народження	Телефон	

- 2. Мета запиту**
- ☐ Для юридичних цілей
 ☐ Для страхової компанії
 ☐ Для програми PFMLA (Платна сімейна й медична відпустка)
 ☐ Для постачальника послуг
 ☐ Особисте
 ☐ Інше (вказіть) _____

3. Установи й заклади, що надають медичні записи

☐ Медичний центр і клініки Valley (VMCC)
☐ Постачальник медичних послуг/клініка (будь ласка, надішліть цю форму безпосередньо постачальникам, які не є співробітниками VMCC): _____
 Адреса: _____ Телефон: _____ Факс: _____

4. Одержувач записів (наприклад, страхова компанія, адвокат, юрист, лікар, пацієнт)

Ім'я та прізвище (найменування)	Кому (якщо компанія)	Телефон	Факс	Електронна пошта
Адреса (вулиця й номер будинку)	Місто	Штат	Поштовий індекс	

5. Записи, що підлягають розкриттю: Період: з _____ до _____ АБО ☐ Останні 2 роки (за замовчуванням, якщо ніяких дат не вказано)

☐ Медичні записи
 ☐ Платіжна / фінансова документація
 ☐ Вакцинації
 ☐ Рентгенологічні знімки
☐ Клінічні нотатки
 ☐ Лабораторні дослідження й звіти про патології
 ☐ Процедури, медичні втручання
 ☐ Висновки радіологічних досліджень
☐ Інше (вказіть, будь ласка, що саме): _____

☐ Я даю згоду на УСНЕ ОБГОВОРЕННЯ моєї історії хвороби й лікування. (Якщо галочку поставлено в цьому полі, то записи в паперовій формі не надсилатимуться, якщо тільки не зазначено інше.)

КОНФІДЕНЦІЙНІ ДАНІ. Я даю дозвіл на розкриття наступної інформації, що міститься в документації медичного центру Медичний центр і клініки Valley (VMCC) (позначте всі відповідні пункти):

- ☐ Результати аналізів на ВІЛ/СНІД та інфекції, що передаються статевим шляхом, записи про діагнози або про лікування (кодифікований збірник законів штату Washington (RCW), 70.02.220)
☐ Медичні записи про психічне здоров'я (кодифікований збірник законів штату Washington (RCW), 70.02.230 або 240)
☐ Записи про розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (збірник федеральних правил і регуляцій США (CFR), стаття 42, частина 2)

6. Формат записів. Якщо інформація передається виключно через усне спілкування, пропустіть цей пункт.

ПРИМІТКА. Рентгенологічні знімки записуються на компакт-диск (CD) і для їх перегляду необхідна програма, що підтримує формат DICOM.

- ☐ CD/DVD (потрібна програма для перегляду PDF-файлів)
 ☐ Паперовий носій
 ☐ MyChart
 ☐ USB/флеш-накопичувач
 ☐ Електронна пошта (див. стор. 3)

7. Цей дозвіл є чинним до _____ (дата) АБО до настання однієї з таких подій: _____

(Якщо дата або подія не вказані, дозвіл діятиме протягом трьох років від дати підпису. Дозволи на розкриття Вашої інформації роботодавцю або фінансовій установі можуть бути дійсними лише протягом одного року.)

Підписуючи вищенаведену сторінку, я підтверджую, що ознайомився(-лася) й погоджуюся з умовами, вказаними на обох сторонах цієї форми.

Підпис (пацієнта або особи, уповноваженої надати дозвіл)	Дата
Якщо документ підписує особа, яка не є пацієнтом, вкажіть друкованими літерами її ім'я, причину, чому підписує не пацієнт, родинний/інший зв'язок з пацієнтом та опис повноважень цієї особи.	



Дозвіл пацієнта на розкриття, передачу або отримання захищеної медичної інформації

Неповнолітні. Підпис неповнолітнього пацієнта потрібен для розкриття наступної інформації: (1) захворювання, пов'язані з репродуктивним здоров'ям неповнолітнього; (2) захворювання, що передаються статевим шляхом (якщо вік 14 років і старше); (3) зловживання алкоголем і/або наркотиками, а також розлади психічного здоров'я (якщо вік 13 років і старше).

Права пацієнта. Я розумію, що не зобов'язаний(-а) підписувати цей дозвіл для отримання послуг, пов'язаних з медициною (лікування, оформлення оплати, реєстрації в певному закладі або зарахування до певної програми чи послуги). Я можу відкликати цей дозвіл у будь-який час, за винятком випадків, коли на підставі цього дозволу вже були вчинені дії, надіславши письмовий запит на адресу: Valley Medical Center & Clinics, 400 S. 43rd Street, Renton, WA 98055. Я розумію, що щойно медична інформація, на розкриття якої я надав(-ла) дозвіл, потрапить до зазначеного одержувача, вона може більше не підлягати захисту згідно з законодавством про конфіденційність і може бути повторно розкрита.

Я розумію, що маю такі права:

- Переглядати записи зі своєю захищеною медичною інформацією або отримувати їх копію
- Отримати копію цієї підписаної форми
- Відмовитися підписувати цю форму, що дає дозвіл на розкриття або передачу моєї захищеної медичної інформації

Я також розумію, що Медичний центр і клініки Valley (VMCC) не буде приймати рішення щодо лікування чи оплати на підставі отримання цього підписаного дозволу, за винятком таких випадків: (1) VMCC може поставити умовою надання лікування, пов'язаного з науковими дослідженнями, підписання мною або надання мною дозволу на використання чи розкриття моїх даних для таких досліджень; **або** (2) VMCC може поставити умовою надання медичної допомоги, яка надається виключно з метою підготовки захищеної медичної інформації для передачі третій стороні, підписання мною або надання мною дозволу на розкриття цієї медичної інформації такій третій стороні. Прикладом цього є ситуація, коли роботодавець, який не належить до VMCC, укладає договір з Медичним центром і клініками Valley (VMCC) на проведення обстеження на туберкульоз (ТВ) у рамках медичного огляду працівників.

Цю форму дозволу можна надіслати нам поштою, електронною поштою або факсом.

Valley Medical Center & Clinics

Пошта: Release of Information

400 S 43rd Street

P.O. Box 50010

Renton, WA 98058

Факс: (425) 690-9407

Телефон: (425) 690-3406

Електронна пошта: RecordsRequest@valleymed.org

Інструкції щодо заповнення

Дозвіл пацієнта на розкриття, передачу або отримання захищеної медичної інформації

Пункт 1 (Інформація про пацієнта). Ім'я та прізвище, колишні імена й псевдоніми (за наявності), повна адреса, дата народження, номер телефону та адреса електронної пошти пацієнта.

Пункт 2 (Мета). Вкажіть усі цілі задля яких здійснюється розкриття інформації.

Пункт 3 (Установи й заклади, що надають медичні записи). Визначте установи й заклади, які зберігають медичні записи, що підлягають розкриттю.

Пункт 4 (Одержувач записів). Вкажіть конкретну(-і) особу(-и) або категорію осіб, які отримуватимуть інформацію.

Пункт 5 (Записи, що підлягають розкриттю). Примітка: всі вибрані варіанти можуть містити усні повідомлення щодо розкритих записів. Виберіть, яку інформацію дозволяється розкривати.

- Виберіть «Останні 2 роки» («Most Recent 2 Years») або вкажіть діапазон дат, за який мають бути передані записи. Якщо вибір не зроблено, то буде надано записи за останні 2 роки.
- Варіант «УСНЕ СПІЛКУВАННЯ» («VERBAL COMMUNICATION») можна використовувати для забезпечення можливості спілкування з особою (особами), зазначеною(-ими) у пункті 4.
- Якщо у полі «ЧУТЛИВІ ЗАПИСИ» («SENSITIVE RECORDS») не зроблено жодного вибору, такі записи **не** будуть розкриті.

Пункт 6 (Формат записів). Вкажіть бажаний(-і) формат(-и). Якщо обрано електронну пошту, пацієнт розуміє й погоджується з потенційними ризиками пов'язаними з пересиланням інформації електронною поштою. Файли, що надсилаються електронною поштою, можуть мати обмеження за розміром.

Пункт 7 (Термін дії). Якщо терміном дії вказано конкретну подію, ця подія має бути пов'язана з пацієнтом (наприклад, завершення лікування пацієнта, смерть пацієнта) або з метою надання дозволу (наприклад, якщо дозвіл надано для визначення непрацездатності, його термін дії може закінчуватися після остаточного ухвалення рішення). Бажано вказати конкретну дату.

Повнота. Одержувачу буде надано копію записів, щодо яких зроблено запит станом на дату Вашого дозволу. Ці записи будуть формуватися на основі медичної документації (Legal Medical Record), яка в деяких випадках може мати гібридний характер і може містити як паперові документи, так і медичну інформацію з різних систем електронних медичних записів. Оскільки електронна медична інформація створюється й генерується в режимі реального часу різними користувачами, ми робимо все можливе, щоб надані записи містили всю документацію, внесену медичними працівниками, які брали участь у лікуванні пацієнта. Якщо Ви вважаєте, що не отримали всю запитувану інформацію, будь ласка, зверніться до Відділу управління медичною інформацією (Health Information Management).

Підписи. Зазвичай пацієнт віком від 18 років має право підписувати цю форму. Для пацієнтів віком до 18 років цю форму зазвичай від імені пацієнта має підписати його батько чи мати або законний опікун. Однак у законодавстві штату Washington передбачені винятки з цих загальних правил. Наприклад, пацієнт має право підписати цю форму незалежно від віку для надання дозволу на розкриття інформації щодо свого репродуктивного здоров'я; пацієнти віком від 14 років можуть надавати дозвіл на розкриття результатів аналізу на ВІЛ; а пацієнти віком від 13 років можуть надавати дозвіл на розкриття інформації про амбулаторне лікування психічних розладів.

У разі смерті пацієнта цю форму може підписати його вцілілий чоловік або дружина, або особистий представник (наприклад, управитель спадщини або виконавець заповіту).

Усі особи, які підписують документи щодо використання або розкриття медичної інформації від імені пацієнта, повинні вказати ким вони є для цього пацієнта, а також можуть бути зобов'язані надати доказ наявності юридичних повноважень для надання дозволу на використання або розкриття медичної інформації.

ПРИМІТКА. Останні медичні записи можна відразу завантажити через MyChart без заповнення цієї форми. Будь ласка, перейдіть на сайт <https://valleymed.org/mychart>, щоб ознайомитися з інформацією й інструкціями. Щоб отримати записи, які недоступні через MyChart, Ви можете заповнити електронну форму безпосередньо в MyChart, вона є альтернативою паперовій формі.