

## РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я, \_\_\_\_\_, настоящим уполномочиваю  
(имя пациента)

\_\_\_\_\_ передать медицинскую информацию пациента  
(название учреждения)

касательно медицинского обслуживания и состояния здоровья представителям страхового плана

участником которого я являюсь, и/или APS Healthcare, компании-подрядчику

DHCS, выполняющей оценку медицинских состояний и запросы на продолжение оказания необходимых медицинских услуг. К такой медицинской информации могут относиться вопросы психического здоровья, употребления алкоголя и/или наркотиков, заболеваний, передаваемых половым путем, а также ВИЧ/СПИДа. Данная информация будет использоваться только в целях содействия мне в получении необходимого медицинского обслуживания и конкретных услуг. Вся медицинская информация будет сохранена в тайне и не подлежит разглашению, если это не разрешено мною или не требуется законодательно.

Я понимаю, что, подписывая данное разрешение:

- Я даю согласие на использование или распространение моей личной медицинской информации, в том числе по вопросам психического здоровья, злоупотребления алкоголем или наркотиками, а также ВИЧ/СПИДа, как изложено выше, в перечисленных в документе целях.
- Я вправе отозвать разрешение на распространение моей информации. Подписав данное разрешение на использование или распространение информации, я могу в любой момент аннулировать его.
- Я понимаю, что отмена разрешения не будет иметь эффекта, если DHCS или APS Healthcare к моменту такой отмены уже выполняют разрешаемые настоящим действия, выступая с честными намерениями.
- Я подписываю данное разрешение добровольно; отказ от его подписания не повлияет на мое лечение, оплату услуг или мое право на льготы.

Далее, я понимаю, что лицо, которому будут переданы в соответствии с данным разрешением записи и информация, не вправе использовать или разглашать медицинскую информацию далее, если я не дам на это отдельного разрешения или если такое использование не будет специально требоваться или разрешаться законом.

Подпись застрахованного Medi-Cal:

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Данное разрешение сохраняет силу в течение года со дня подписания)

Подпись личного представителя застрахованного

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Юридические полномочия:

Законный опекун/поверенный Приложить копию документа, удостоверяющего права на опеку.

Доверенность Healthcare Приложить копию доверенности.