

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОСТУП К КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

 Фамилия Имя Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)

НАСТОЯЩИМ ДАЕТ РАЗРЕШЕНИЕ

<input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center	<input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Ctr.			
<input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Ctr.			
<input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center			
<input type="checkbox"/> CHC/Health Center: _____				
<input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic	<input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center			
<input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena	<input type="checkbox"/> JWCH, Inc.			
<input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Ctr.	<input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center			
<input type="checkbox"/> Mission City Community Network	<input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic			
<input type="checkbox"/> Other: _____				
Facility Name	Street Address	City	State	Zip Code

На предоставление закрытой для доступа медицинской информации в :

 Управление соцобеспечения, Название отделения Адрес: Улица

 Город Штат Почтовый индекс

За период времени, начиная с _____, и заканчивая _____.
Дата Дата

СРОК ДЕЙСТВИЯ: Это разрешение действует до: ____/____/20____

ИНФОРМАЦИЯ, ОТКРЫТАЯ ДЛЯ ДОСТУПА

ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ ВСЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ КВАДРАТЫ:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> History and Physical <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Radiology Report <input type="checkbox"/> Radiology Films <input type="checkbox"/> Laboratory / Diagnostic Tests <input type="checkbox"/> Medical Progress Notes <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mental Illness or Mental Health Assessment <input type="checkbox"/> Drug and/or Alcohol Abuse Treatment <input type="checkbox"/> Symptomatic HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Disease (s) <input type="checkbox"/> EKG Report <input type="checkbox"/> EEG Report <input type="checkbox"/> Summary of Medical History / Treatment |
|--|--|

ПРИЧИНА ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ – УКАЖИТЕ, С КАКИМИ ЦЕЛЯМИ И НАМЕРЕНИЯМИ БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАНА ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

_____ Я осознанно даю согласие на то, чтобы в моем лечебном учреждении заполнили и вернули форму ABP 1676-1 в Управление соцобеспечения (Department of Public Social Services - DPSS) для того, чтобы они могли определить мое право на получение пособий.

Я понимаю, что медицинская информация, использованная или предоставленная в результате подписанного мною данного Разрешения, не может быть в дальнейшем использована или разглашена получателем без моего разрешения за исключением специальных случаев, когда от меня будет получено отдельное распоряжение или когда этого требует закон.

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ЭТОГО РАЗРЕШЕНИЯ:

Право получить копию этого Разрешения – Я понимаю, что если я подписал это разрешение, я получу подписанную копию этой формы.

УСЛОВИЯ: Я понимаю, что я могу отказаться подписывать это Разрешение и это не повлияет на получение мною медицинских услуг от моего лечебного учреждения, но это может повлиять на мое право на получение пособий, предоставляемых Управлением DPSS.

Я имел возможность ознакомиться и понять содержание этого Разрешения. Подписывая данное разрешение, я подтверждаю, что оно точно отражает мои пожелания.

_____ Подпись пациента/Доверенного лица

_____ Фамилия (печатными буквами)

_____ Дата

Если подписано не пациентом, то укажите, кем ему приходится и право на подпись:

_____ Дата: ____ / ____ / ____

Свидетель: _____ Фамилия (печатными буквами) _____

Право отменить это разрешение – Я понимаю, что у меня есть право отменить это Разрешение в любое время, письменно сообщив об этом в DPSS. Я могу использовать нижнюю часть этой формы как Отказ от Разрешения. Отправьте Отказ по почте или лично по следующему адресу:

Я также понимаю, что этот отказ не повлияет на возможность DPSS или какого-либо лечебного учреждения использовать или предоставлять мед.информацию или какие-либо основания и мотивы, имеющие отношение к предыдущему Разрешению.

ОТКАЗ ОТ РАЗРЕШЕНИЯ

Подпись пациента/Доверенного лица:

Дата:

_____ Если подписано не пациентом, укажите, кем ему приходится и право на подпись: