

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ  
В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ НПАА**

[Данная форма была утверждена Департаментом здравоохранения шт. Нью-Йорк]

Имя и фамилия пациента:	Дата рождения:	Номер социального страхования:
Адрес пациента:		

Я или мой уполномоченный представитель просим, чтобы раскрытие информации о состоянии моего здоровья и лечении осуществлялось как изложено в данной форме.

Я понимаю, что в соответствии с законодательством шт. Нью-Йорк и Правил о защите конфиденциальности закона «Health Insurance Portability and Accountability Act» (НПАА) 1996 г.:

1. Данное разрешение распространяется на раскрытие информации, относящейся к **ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЕМ и НАРКОМАНИИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ**, за исключением записей психотерапевта, и **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ\***, но только в том случае, если я помещу свои инициалы в соответствующей строке в пункте 9(а). В тех случаях, когда медицинская информация, описанная ниже, включает любой из этих видов информации и я поставил(а) свои инициалы в соответствующей строке в пункте 9(а), я разрешаю раскрытие такой информации лицу(ам), указанному(ым) в пункте 8.

2. Если я даю разрешение на раскрытие информации, касающейся ВИЧ, лечения от алкогольной или наркотической зависимости или психиатрического лечения, получатель такой информации не имеет права на дальнейшее ее раскрытие без моего разрешения, за исключением случаев, когда это требуется федеральным законодательством или законами штата. Я понимаю, что у меня есть право запросить список лиц, которые могут без моего разрешения получать или использовать мою личную медицинскую информацию, касающуюся ВИЧ. Если я столкнусь с дискриминацией в результате передачи или раскрытия моей личной медицинской информации о ВИЧ, я могу связаться с Управлением шт. Нью-Йорк по правам человека (New York State Division of Human Rights) по телефону (212) 480-2493 или в Комиссию г. Нью-Йорка по правам человека (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 306-7450. Эти учреждения несут ответственность за защиту моих прав.

3. Я имею право отозвать данное разрешение в любое время, уведомив в письменном виде поставщика медицинских услуг, указанного ниже.

Я понимаю, что отзыв данного разрешения не будет распространяться на информацию, которая была раскрыта на основе данного разрешения до его отзыва.

4. Я понимаю, что подписание данного разрешения является добровольным. Предоставление мною данного разрешения не является условием получения лечения, оплаты услуг, участия в плане медицинского страхования или прав на получение льгот.

5. Информация, подлежащая раскрытию в соответствии с данным разрешением, может быть раскрыта ее получателем другим лицам (за исключением случаев, указанных выше в пункте 2), и такое дальнейшее распространение может больше не подпадать под действие федерального законодательства или законов штата.

**6. ДАННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ДАЕТ ВАМ ПРАВА ОБСУЖДАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О МОЕМ ЗДОРОВЬЕ И ПОЛУЧЕННОЙ МНОЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С НИКАКИМИ ДРУГИМИ ЛИЦАМИ ПОМИМО МОЕГО АДВОКАТА ИЛИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, УКАЗАННОГО В ПУНКТЕ 9 (b).**

7. Имя/наименование и адрес поставщика медицинских услуг или учреждения, которым разрешается раскрывать указанную информацию:	
8. Имя(имена) и адрес(а) лица (лиц) или категорий лиц, которым будет раскрыта указанная информация:	
9(a). Конкретная информация, подлежащая раскрытию:	
<input type="checkbox"/> Информация за период от (укажите даты) _____ до _____	
<input type="checkbox"/> Вся медицинская информация, в т. ч. история болезни, записи врачей (кроме психотерапевта), результаты анализов, радиологических обследований, рентген, направления, консультации, сведения о счетах и страховании, а также информация, переданная другими поставщиками медицинских услуг.	
<input type="checkbox"/> Иное: _____ _____	Включая: <i>(поставьте свои инициалы)</i> _____ <b>Лечение алкоголизма и наркомании</b> _____ <b>Психиатрическое лечение</b> _____ <b>Информация, касающаяся ВИЧ</b>
<b>Разрешение на обсуждение личной медицинской информации</b>	
(b) <input type="checkbox"/> Ставя здесь свои инициалы, _____ я разрешаю _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Инициалы</span> <span>Имя поставщика медицинских услуг</span> </div>	
обсуждать мою личную медицинскую информацию с моим адвокатом или государственным учреждением, указанным ниже: _____ (Имя адвоката/наименование юридической фирмы или государственного учреждения)	
10. Причина, по которой раскрывается информация: <input type="checkbox"/> По запросу <input type="checkbox"/> Другое:	11. Дата прекращения действия данного разрешения или событие, наступление которого прекратит действие данного разрешения:
12. Если заполняется не пациентом, укажите имя лица, подписывающего данную форму:	13. На чем основано полномочие на подпись от лица пациента:

Все пункты данной формы были заполнены, и на мои вопросы об этой форме получены ответы. Кроме того, я получил(а) копию формы.

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись пациента или его законного представителя

**\* Вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. Закон шт. Нью-Йорк «Об общественном здравоохранении» защищает информацию, которая может с разумной долей вероятности идентифицировать лицо, имеющее симптомы ВИЧ, или других лиц, состоявших в контакте с таким лицом.**