



РАЗРЕШЕНИЕ ДЛЯ CALOPTIMA HEALTH НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) ДРУГОМУ ФИЗИЧЕСКОМУ ИЛИ ЮРИДИЧЕСКОМУ ЛИЦУ

Заполните **ВСЕ** разделы этой формы для того, чтобы разрешить CalOptima Health передавать вашу защищенную медицинскую информацию (protected health information, PHI) другому лицу или организации. Эта форма разрешает раскрытие **ТОЛЬКО ТОЙ** защищенной медицинской информации, имеющейся в распоряжении CalOptima Health, которую вы указываете в Разделе В ниже. Форма не позволяет никому принимать за вас решения относительно вашего здоровья.

РАЗДЕЛ А. Информация об участнике/пациенте

Имя: _____ Фамилия: _____ Дата рождения: _____

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ CIN: _____

РАЗДЕЛ В. Информация, которая может быть раскрыта

Инструкции. Поставьте отметку **X** в поле рядом с выбранным вами вариантом (вариантами).

Я разрешаю CalOptima Health раскрыть следующую защищенную медицинскую информацию PHI с _____ по _____ :
(месяц/число/год) (месяц/число/год)

- ☐ Ведение пациента
- ☐ Страховые требования/счета
- ☐ Обслуживание клиентов
- ☐ Претензии и апелляции
- ☐ Медицинское обучение/лечение заболеваний Направления/разрешения
- ☐ Направления/разрешения
- ☐ Лекарственное обеспечение
- ☐ Эффективное использование ресурсов

***Следующая конфиденциальная информация будет передаваться только в том случае, если вы поставите отметки в соответствующих полях и заверите своими инициалами.**

Инициалы

- ☐ **Только** записи психотерапии. Это заметки, фиксирующие или анализирующие содержание сеанса терапии.**
- ☐ Информация о психическом/поведенческом здоровье.
- ☐ Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ.
- ☐ Информация об инфекциях, передающихся половым путем (включая ВИЧ/СПИД).
- ☐ Информация о сексуальном/репродуктивном здоровье (включая планирование семьи и подтверждение гендера).
- ☐ Информация о сексуальном или физическом насилии (включая насилие со стороны интимного партнера).
- ☐ Для несовершеннолетних в возрасте от 12 лет: услуги, связанные с инфекционными и заразными заболеваниями или заболеваниями, передающимися половым путем.

*Указанная выше информация может быть разглашена только если вы заверите соответствующий пункт своими инициалами.

**Если вы решите дать разрешение на раскрытие другой информации в дополнение к записям психотерапии, вам необходимо предоставить отдельное разрешение на раскрытие записей психотерапии.

РАЗДЕЛ С. Цель предоставления разрешения

Я разрешаю раскрытие этой информации для:

- ☐ Использования в личных целях
- ☐ Использования в юридических целях
- ☐ Страхования
- ☐ Другое (укажите): _____



РАЗДЕЛ D. Лицо или организация, которым разрешено получать вашу PHI

Я разрешаю CalOptima Health раскрывать мою PHI указанному ниже лицу/организации. Мне известно, что это разрешение вступает в силу с момента подписания и отправки мной этой формы. Лицо, получающее информацию, должно быть старше 18 лет.

Имя лица/название организации: _____

Кем приходится участнику/пациенту: _____ Телефон: _____

РАЗДЕЛ E. Ваши права

- Я вправе в любое время прекратить действие данного разрешения, направив **письменное** уведомление по адресу: CalOptima Health:
Attn: Enrollment & Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- Уведомление о прекращении действия данного разрешения не повлияет на порядок использования или разглашения компанией CalOptima Health моей PHI до получения моего письма.
- Лицо или организация, получившее мою PHI от CalOptima Health, может передать ее другим лицам. В этом случае моя PHI больше не будет находиться под защитой правил конфиденциальности HIPAA.
- Я не обязан(-а) заполнять эту форму. Отказ от заполнения этой формы никак не повлияет на предоставляемые мне льготы по медицинскому обслуживанию или оплату получаемых мной услуг здравоохранения.
- Я имею право посмотреть или получить копию моей PHI, которая используется или разглашается согласно данному разрешению.
- Я имею право получить копию этой формы.

РАЗДЕЛ F: Дата окончания действия разрешения

Действие данного разрешения на разглашение информации указанным лицам или организации истекает:

_____ (конкретная дата или событие, но не позднее чем через 1 (один) год с момента подписания и отправки мной этой формы).

**** Если конечная дата или событие не указаны, разрешение не действительно. ****

РАЗДЕЛ G. Подпись

Я понимаю, что для обработки моего запроса необходимо приложить копию действительного удостоверения личности, выданного государственными органами (identification, ID), копию документа, подтверждающего законные полномочия, или нотариально заверенную подпись.

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомлен(-а) с данной формой и понимаю ее значение.

Подпись участника/личного представителя

Дата

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____

Кем приходится участнику: _____

Только для личных представителей. Укажите ваши права на запрос медицинской информации.

Имя печатными буквами: _____

☐ Опекун

☐ Медицинская доверенность

☐ Исполнитель завещания

☐ Другое _____

☐ Администратор наследства

ПРИМЕЧАНИЕ. Вы должны приложить юридические документы, подтверждающие ваше право быть опекуном, исполнителем завещания умершего или иметь право принимать медицинские решения в отношении данного лица.

Отправьте эту форму по почте в CalOptima Health:

Attn: Enrollment & Reconciliation

505 City Parkway West, Orange CA 92868

Факс: 1-714-481-6457

КОНЕЦ ФОРМЫ

Только для использования планом CalOptima Health:

Имя сотрудника: _____

Как была подтверждена личность? ☐ Лично/по ☐ телефону

Подпись: _____ Дата подтверждения: _____