

 <p><b>COUNTY OF SANTA CLARA Health System</b></p> <p><b>АВТОРИЗАЦИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛИ РАЗГЛАШЕНИЯ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ</b></p>	<b>1</b> Имя пациента: _____
	Дата рождения: _____
	ID или медицинская карточка №: _____
	Адрес: _____
	Тел.: _____

**2 АВТОРИЗАЦИЯ:** Я даю свое согласие Santa Clara Valley Health & Hospital System (SCVHHS) (включает *Медицинский план Долины, Медицинский центр Долины Санта-Клара, департамент здравоохранения, почитательские медицинские услуги и управление по предоставлению услуг по охране психического здоровья*) использовать и разглашать:  
Имя реципиента: См. приложение В

**3 ЦЕЛЬ:** Разглашенная медицинская информация может использоваться только в следующих целях: \_\_\_\_\_  
Оценка моего права на участие в программах полных медицинских услуг (WPC); предоставление мне услуг по программе WPC и их координация, управление моими услугами и проведение работ по улучшению их качества.

**4 ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗГЛАШЕНА** \_\_\_\_\_

A. <input type="checkbox"/> <b>Медицинские записи</b>	<b>С</b>	<b>и до</b>	<b>числа</b>	
<input type="checkbox"/> Вся медицинская информация (например, диагноз, результаты тестов, лечение); ИЛИ				
<input type="checkbox"/> Изображения и/или видео пленки	<input type="checkbox"/> Отчеты	<input type="checkbox"/> Счета	<input type="checkbox"/> Стоматология	
B. <input type="checkbox"/> <b>Результаты тестов на ВИЧ/СПИД</b> (Для каждого разглашения требуется отдельная авторизация.)				<b>Начальный:</b> <u>Не применимо</u>
C. <input type="checkbox"/> <b>Лечение наркотической и алкогольной зависимости</b> (например, диагноз, результаты тестов, лечение, счета, присутствие)				<b>Начальный:</b> <u>Не применимо</u>
D. <input type="checkbox"/> <b>Психическое здоровье</b> (например, диагноз, результаты тестов, лечение, счета)				<b>Начальный:</b> _____
E. <input type="checkbox"/> <b>Другое</b> <u>Вся информация, полученная из охватываемых и неохватываемых учреждений в программе WPC</u>				<b>Начальный:</b> _____

**5 ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ДОСТАВКА:**  Почта  Личная передача  Другое Не применимо

**6 ФОРМАТ ДОСТАВКИ:**  CD  На пленке  На бумаге  Другое Не применимо

**7 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ:** Данная авторизация вступает в силу немедленно и будет действовать до 12/31/2020 (*укажите дату*). Если я не указываю дату, срок действия будет составлять двенадцать месяцев с даты подписания.

**8 ОТМЕНА:** Я осознаю, что у меня есть право отозвать данную авторизацию в любой момент. Отмена (1) должна быть оформлена в письменном виде, (2) отправлена или передана в Управление по работе с медицинской информацией по адресу 751 S. Bascom Ave., San Jose, CA 95128 and 3) и должна считаться вступившей в действие после получения в управлении. Отмена не будет применяться к действиям, которые уже предприняты SCVHHS по данной авторизации, или если авторизация требовалась для получения страховки, и у страховой компании есть законное право оспаривать иск. Устная отмена будет принята для медицинских записей относительно психического здоровья в соответствии с WIC Разделом 5328. Телефон: 408-885-5770.

**9 УСЛОВИЯ:** Я понимаю, что лечение, оплата, включение в программу или право на получение льгот не будут основываться на предоставлении или отказе предоставить данную авторизацию, за исключением, если мое лечение связано с исследовательской деятельностью, или если медицинские услуги предоставляются мне только для создания защищенной медицинской информации для разглашения третьей стороне. Я также понимаю, что я могу отказаться подписывать данную авторизацию. Копия данной авторизации является такой же действительной, как и оригинал. Я имею право на получение копии данной авторизации.

**10 ПОВТОРНОЕ РАЗГЛАШЕНИЕ:** Информация, разглашенная в соответствии с данной авторизацией, не может быть повторно разглашена получателем. В некоторых случаях такое повторное разглашение не запрещено законами штата Калифорния, и может не защищаться федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA), хотя информация, защищенная 42 CFR Часть 2, продолжает оставаться предметом защиты. Помимо этого, закон штата Калифорния запрещает человеку, который получает мою медицинскую информацию, дальше разглашать ее, если от меня не была получена другая авторизация на такое разглашение, или если такое разглашение не требуется или разрешается по закону.

**11** \_\_\_\_\_

Имя пациента/представителя пациента	Подпись пациента/представителя пациента	Степень родства	Дата
-------------------------------------	---	-----------------	------



COUNTY OF SANTA CLARA  
**Health System**

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ  
РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ИНФОРМАЦИИ**

Ф. И. О. пациента: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Идентификационный номер или номер  
медицинской карты \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Тел.: \_\_\_\_\_

Приложение В: Местонахождение учреждений системы здравоохранения округа Санта-Клара — **Данные будут обновлены и отредактированы хранителем медицинской документации Департамента, если применимо.**

**МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ (Отметьте все подходящие варианты):**

- Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)
  - Valley Health Center Bascom
  - Valley Health Center Downtown
  - Valley Health Center East Valley
  - Valley Health Center Gilroy
  - Valley Homeless Healthcare Program (VHHP)
  - Santa Clara Valley Dentalcare California
  - TB/Refugee Clinic
- O'Connor Hospital
  - O'Connor Medical Clinic
- St. Louise Regional Hospital
  - DePaul Health Center
  - St. Louise Medical Clinics
- Другие клиники
  - Elmwood
  - Morgan Hill
  - Другое: \_\_\_\_\_
  - Guadalupe
  - San Pedro

**ПРИМЕЧАНИЕ:** с помощью сайта **My Health Online (<https://myhealthonline.sccgov.org>)** вы можете получить бесплатный, безопасный и удобный доступ к различным типам персональной медицинской информации с компьютера или мобильного телефона. Эта информация может включать в себя: краткий обзор данных по Вашей недавней госпитализации или визиту в клинику, список принимаемых в настоящее время лекарственных препаратов, данные о прививках (вакцинах), краткий обзор Вашей истории болезни, важные результаты лабораторных анализов и т. п. На сайте MyHealth Online вы также можете записаться на прием и оформить запрос на включение в лист ожидания для того, чтобы попасть на следующий прием к врачу.