

Разрешение пациента на передачу медицинской информации третьим лицам



Заполните информацию о пациенте печатными буквами

Фамилия _____ Имя _____ Отчество/среднее имя _____

Имя и фамилия во время лечения (если отличаются от вышеуказанных) _____

Дата рождения (мм/дд/гггг) _____ Номер телефона _____ Адрес эл. почты (необязательно) _____

Улица _____ Город и штат _____ Почтовый индекс _____

Учреждения оказания услуг (отметить только те, в которых вам оказывались услуги):

☐ The Mount Sinai Hospital	☐ New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	☐ Mount Sinai Doctors:
☐ Mount Sinai Beth Israel	☐ The Blavatnik Family Chelsea Medical Center.	☐ Brooklyn
☐ Mount Sinai Brooklyn	☐ Mount Sinai- Behavioral Health Center;	☐ Bronx / Westchester
☐ Mount Sinai Morningside	☐ Mount Sinai-Union Square	☐ Manhattan / Queens
☐ Mount Sinai Queens		☐ Staten Island
☐ Mount Sinai South Nassau		☐ Другое (уточните): _____
☐ Mount Sinai West		

Укажите информацию и поставьте отметки в нужных полях

Запрашиваемые документы / сведения	Даты оказания услуг	Места оказания услуг
☐ Госпитализации:		
☐ Выписной эпикриз	_____	_____
☐ Протокол операции	_____	_____
☐ Полная медицинская карта	_____	_____
☐ Другое: _____	_____	_____
☐ Амбулаторная хирургия		
☐ Протокол операции	_____	_____
☐ Полная медицинская карта	_____	_____
☐ Другое: _____	_____	_____
☐ Отделение неотложной помощи	_____	_____
☐ Кабинет врача амбулатории:		
☐ Имя и фамилия поставщика услуг: _____	_____	_____
☐ Амбулаторная клиника:		
☐ Название клиники: _____	_____	_____
☐ Результаты анализов:		
☐ Отчеты о катетеризации сердца	☐ Отчеты о радиологических исследованиях	☐ Отчеты о гистологических исследованиях
☐ Пленки с данными катетеризации	☐ Радиологические снимки	☐ Гистологические микропрепараты
☐ Другое (уточните): _____	_____	_____
Информация, которую можно передавать:	☐ передавать ☐ не передавать	об инфицировании ВИЧ
	☐ передавать ☐ не передавать	об алкоголизме и наркомании
	☐ передавать ☐ не передавать	о психиатрическом лечении
	☐ передавать ☐ не передавать	о результатах генетических исследований

Кому разрешается передача информации:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Поставщику медицинских услуг | ☐ Поверенному |
| ☐ Правоохранительным органам | ☐ Суду |
| ☐ Страховой компании или ее представителю | ☐ Другое |
| ☐ Работодателю | _____ |

Название или имя и фамилия _____

Адрес _____

Причина передачи информации: ☐ По запросу пациента ☐ Подача заявления на получение льгот ☐ Другое: _____

Укажите формат документа и способ доставки

- ☐ Печатный / по почте ☐ Диск / по почте ☐ Файл PDF / по эл. почте

Адрес электронной почты, на который следует отправить документ (обязательно): _____

Качество Вашего лечения и сумма взимаемых с Вас средств не зависят от того, подпишете Вы это разрешение или нет. Однако, если Вы не подпишете его, мы не будем передавать ваши данные.

Я понимаю, что настоящее разрешение действует в течение одного года с этой даты или до _____ и может быть отозвано мной в любой момент. Я не смогу отозвать действия, уже предпринятые больницей Mount Sinai на основании предоставленного мной разрешения.

Я понимаю, что за предоставление по моему запросу копий медицинских документов могут взиматься предусмотренные законом сборы, и что я могу изменить или отозвать свой запрос, если не хочу платить такие сборы.

Отдельные заявления

Я понимаю, что настоящее согласие может позволять передачу информации об алкоголизме или наркомании, психиатрическом лечении и (или) об инфицировании ВИЧ (включая сведения о сдаче анализов на ВИЧ, заражении ВИЧ, наличии СПИДа или заболевания, вызванного ВИЧ, либо сведений, которые могут указывать на возможность моего заражения ВИЧ).

Если я разрешаю передачу информации о лечении ВИЧ / СПИДа, алкогольной или наркотической зависимости либо психиатрическом лечении, то получателям такой информации запрещается передавать ее повторно без моего разрешения, если иное не разрешается федеральными законами или законами штата. У меня также есть право запрашивать список людей, которые могут без разрешения получать или использовать информацию о моем ВИЧ-статусе. Если Вы считаете, что подверглись дискриминации в связи с передачей или разглашением информации о ВИЧ-статусе, позвоните в Отдел по правам человека штата Нью-Йорк по номеру 800-523-2437 или 212-480-2493 либо в Комиссию по правам человека города Нью-Йорка по номеру 212-306-7450.

Подписывая этот бланк, я разрешаю использование и раскрытие своей конфиденциальной медицинской информации на изложенных выше условиях. Эта информация может передаваться повторно если закон не обязывает ее получателя, указанного в этом документе, сохранять конфиденциальность медицинской информации пациента и такая информация более не защищается федеральными правилами защиты конфиденциальности медицинской информации.

Пациент, * опекун или
законный представитель**

Имя, фамилия печатными буквами _____

Подпись _____

Дата _____

Время _____

Степень родства или «лично» _____

Адрес _____

Номер телефона _____

* Подпись пациента необходима за исключением ситуаций, когда пациенту еще не исполнилось 18 лет или он является недееспособным.

** В этом документе термин «представитель» обозначает юридически уполномоченного представителя.

Отправьте заполненный бланк по наиболее подходящему адресу

Учреждение	Адрес	Номер телефона
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	718-951-2806
Mount Sinai Morningside	Mount Sinai Morningside Health Information Management 1090 Amsterdam Avenue, 13th Floor, Suite B, New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai South Nassau	Mount Sinai South Nassau Health Information Management One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	516-632-3907
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	212-523-6623
New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai Medical Records 310 East 14th Street, New York, NY 10003	212-979-4352
The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center Health Information Management 325 West 15th Street, New York, NY 10011	212-604-6045
Mount Sinai-Behavioral Health Center	Mount Sinai-Behavioral Health Center Health Information Management/Medical Records 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai-Union Square	Mount Sinai-Union Square Health Information Management/Medical Records Attn: Outpatient Team 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Doctors	Позвоните поставщику услуг, чтобы узнать адрес, ИЛИ воспользуйтесь адресом Mount Sinai Doctors Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	Обратитесь в офис поставщика медицинских услуг или запросите свои документы онлайн, введя в браузере следующий веб-адрес: swellbox.com/mtsinai-wizard.html