

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO / FROM MAIMONIDES MEDICAL CENTER AND / OR MAIMONIDES FACULTY PRACTICE

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЦЕНТРУ/ЦЕНТРОМ MAIMONIDES MEDICAL CENTER И/ИЛИ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ/ПРАКТИКОЙ MAIMONIDES

Мы понимаем, что информация о вас и о вашем здоровье является личной, и мы обязуемся защищать ее конфиденциальность. На этом основании, прежде чем использовать или раскрыть вашу защищенную, относящуюся к этому центру медицинскую информацию в нижеуказанных целях, мы должны получить ваше разрешение. Эта форма является подобным разрешением; она поможет нам должным образом проинформировать вас о том, как эта информация будет использоваться или раскрываться. Пожалуйста, прежде чем подписывать эту форму, внимательно ознакомьтесь с ней.

USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION

НАСТОЯЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ

I hereby authorize (check one): Я разрешаю (отметьте один вариант):	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center (or any of its employees, staff or agents) центру, Maimonides Medical Center (или его сотрудникам, штатным/внештатным)
to release protected health information from the medical record(s) of: раскрыть защищенную медицинскую информацию из медицинских карт:	
ADDRESS: _____ АДРЕС: _____	PHONE NO: _____ ТЕЛЕФОН: _____
To the individual or organization listed below (check one): лицу или организации, указанным ниже (отметьте один вариант): <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center 4802 Tenth Ave, Brooklyn, NY 11229 ATT: _____ 718-283-6000
	<input type="checkbox"/> Maimonides Cancer Center 6300 Eighth Avenue, Brooklyn, NY 11220 ATT: _____ 718 765-2500

For the purpose of (check one):

С целью (отметьте один вариант):

<input type="checkbox"/> CONTINUING MEDICAL TREATMENT ПРОДОЛЖЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ	
<input type="checkbox"/> PERSONAL REASONS (i.e. "at the request of the individual") ПО ЛИЧНЫМ ПРИЧИНАМ (т.е. "по просьбе лица")	
<input type="checkbox"/> LITIGATION / ATTORNEY REVIEW ДЛЯ СУДЕБНОГО ПРОЦЕССА/АДВОКАТУ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ	
OTHER (Specify) ДРУГОЕ (указать)	
INSURANCE: Insurance Company Name: _____ Claim File #: _____ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА: название страховой компании:	
<input type="checkbox"/> I request the release of (check one): Прошу передать следующее (отметьте один вариант):	
<input type="checkbox"/> Entire record Всю документацию	
<input type="checkbox"/> The following portions of the record (specify documents and / or dates of treatment): Следующие части записей (укажите документы и/или даты):	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of health information. Запрос на получение электронной копии медицинской информации	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of discharge instructions. Запрос на получение электронной копии инструкции по выписке.	
<input type="checkbox"/> Entire record only for the Dates of Treatment as follows: _____ Полную документацию, касающуюся только Даты лечения, а именно:	
<input type="checkbox"/> Emergency Room Record / Date(s): Документацию о пребывании в отделении неотложной помощи / дата(ы):	<input type="checkbox"/> Discharge Summary/Date(s): Краткое описание выписки/ дата(ы):
<input type="checkbox"/> Outpatient Record(s) / Date(s): Амбулаторные записи / дата(ы):	<input type="checkbox"/> Pathology Reports/Date(s): Заключения патолога/ дата(ы):
<input type="checkbox"/> Operative Report(s) / Date(s): Послеоперационное заключение(я)/дата(ы):	<input type="checkbox"/> EKG/Date(s): ЭКГ/ дата(ы):
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports / Date(s): Лабораторные анализы/ дата(ы):	<input type="checkbox"/> Cardiac Cath Report/Date(s): Заключение/катетеризация сердца/ дата(ы):
<input type="checkbox"/> Radiology Reports / Date(s): Заключения радиолога/ дата(ы):	<input type="checkbox"/> Echocardiogram / Date(s): Эхокардиограмма/ дата(ы):

The following HIV-related information, (which is any information indicating that you have had an HIV-related test, or have HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or any information which could indicate that you have been potentially exposed to HIV.
Следующая ВИЧ-информация (т.е. любая информация о проведении вам теста на ВИЧ, или о наличии у вас ВИЧ-инфекции, заболевания, связанного с ВИЧ или СПИДа, либо любая информация, указывающая на то, что вы потенциально подвергались риску заражения ВИЧ).

Billing Records (specify):
Платежные записи (укажите):

Other (specify):
Другое (укажите):

This authorization will expire six (6) months from the date hereof, unless there is a date or event described below
Срок истечения разрешения шесть (6) месяцев с начала означенной даты, если ниже не будет указана иная дата или событие.

ОСОБЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Подписывая эту форму, вы разрешаете использовать/раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию, как описано выше.

Вы понимаете, что после раскрытия информации в соответствии с этим разрешением, она может быть повторно раскрыта получателем и не будет защищена согласно федеральным правилам конфиденциальности (если получатель не обязан по закону защищать ее конфиденциальность).

Вы понимаете, что тип раскрываемой информации, если применимо, может включать: ДИАГНОЗ, ПРОГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ ЖЕРТВ НАСИЛИЯ, ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ/ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЛЕЧЕНИЕ ОТ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОЗАВИСИМОСТИ, ЛЕЧЕНИЕ ПОЛОВЫХ НАРУШЕНИЙ, И ИНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, СЧИТАЮЩУЮСЯ ЧАСТЬЮ МЕДИЦИНСКИХ ЗАПИСЕЙ, ВКЛЮЧАЯ ГЕНЕТИЧЕСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ЕСЛИ ТАКОВАЯ ЕСТЬ. Если история болезни пациента содержит определенные типы особо защищенной информации, могут потребоваться дополнительные разрешения.

Если вы даете разрешение на разглашение ВИЧ-информации, знайте, что получателям запрещается повторно раскрывать любую ВИЧ-информацию без вашего разрешения, если это не разрешено федеральным законом или законом штата. У вас также есть право запросить список лиц, кому ваша ВИЧ-информация может быть предоставлена без разрешения. Если вы подвергаетесь дискриминации из-за разглашения/раскрытия ВИЧ-информации, вы можете связаться с Отделом по правам человека штата Нью-Йорк по телефону (212) 870-8624 или Комиссией по правам человека города Нью-Йорка по телефону (212) 566-5493. Эти агентства ответственны за защиту ваших прав.

Вы имеете право отказаться подписывать это разрешение; отказ никак не отразится на вашем медицинском обслуживании, оплате за него, а также на вашем медицинском покрытии, однако, если центр Maimonides оказывает медицинскую помощь исключительно с целью создания защищенной медицинской информации, которая будет раскрыта третьей стороне, он может потребовать от вас подписать эту форму разрешения перед предоставлением медицинской помощи.

В соответствии с уставом больницы, у вас есть право ознакомиться и запросить копию информации, описанной в этой форме разрешения. У вас также есть право получить копию этой формы после ее подписания.

У вас будет право отозвать данное подписанное разрешение в любое время за исключением случаев, когда больница уже предприняла действия на основании этого разрешения. Чтобы отозвать это разрешение, напишите директору службы медицинской информации: Director, Health Information Services, Maimonides Medical Center, 4802 Tenth Avenue, Brooklyn, New York 11219.

Данная форма была мною прочитана и ответы на все мои вопросы по таковой получены. Подписываясь ниже, я подтверждаю, что прочитал и согласен со всем изложенным выше.

Signature of Patient or Personal Representative
Подпись пациента или личного представителя

Print Name of Patient or Personal Representative
Фамилия пациента или личного представителя печатными

Date: _____ / _____ / _____
Дата:

Description of Personal Representative's Authority:
Опишите полномочия личного представителя

CONTACT INFORMATION КОНТАКТЫ

The contact information of the patient or personal representative who signed this form should be filled in below.

Контактная информация пациента/личного представителя, подписавшего эту форму, должна быть заполнена ниже.

Address: _____
Адрес

Telephone: (daytime) _____ (evening) _____
Телефон: (дневной) _____ (вечерний)

Email address (optional): _____
Электронная почта (по желанию):

* If Maimonides Medical Center is seeking authorization to use or disclose protected health information that it maintains in its own records, please be advised that the hospital will not receive compensation for the use or disclosure unless otherwise specified.

Доводим до вашего сведения, если центр Maimonides Medical Center запрашивает разрешение на использование или раскрытие хранящейся в его архивах защищенной медицинской информации, он не получит компенсацию за использование или разглашение, если не указано иное.

A PHOTOCOPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL
ФОТОКОПИЯ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНА, КАК ОРИГИНАЛ