Согласие на раскрытие информации об услугах по лечению расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ (Release of Information (ROI) for Substance Use Disorder (SUD) Services)

Washington State Health Care Authority

Я, _____, _____ настоящим даю разрешение _____ на раскрытие информации для:
Имя и фамилия клиента | Дата рождения | Поставщик/Организация

Наименование агентства/поставщика медицинских услуг

Контактная информация

С целью сообщать и взаимно раскрывать друг другу следующую информацию: (характер информации, настолько ограниченно, насколько это возможно)
Отметьте все категории, применимые в вашем случае:

- ☐ Демографические данные
- ☐ Концентрация алкоголя в крови
- ☐ Результаты лабораторных и иных диагностических тестов
- ☐ Результаты оценки состояния здоровья /медицинских осмотров
- ☐ Медикаменты
- ☐ Выписное заключение (Discharge summary)
- ☐ Результаты анализа мочи
- ☐ Статус/соблюдение требований терапии
- ☐ Терапевтические рекомендации
- ☐ Посещаемость
- ☐ Сведения о трудоустройстве
- ☐ Информация об образовании и профессиональной подготовке
- ☐ Другое:

Цель раскрытия данной информации: (укажите причину, например, по запросу клиента, с целью координации предоставляемых услуг, для оплаты услуг и т. д.)

Я понимаю, что записи о моем лечении от алкогольной и/или наркотической зависимости защищены федеральными нормативно-правовыми актами, регулирующими раздел Конфиденциальность записей о пациенте относительно злоупотребления алкоголем и наркотиками (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records), 42 CFR Часть 2, и Законом США о преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения от 1996 года (HIPAA), 45 CFR, Части 160 и 164, и они не могут быть раскрыты без моего письменного согласия, если иное не предусмотрено нормативно-правовыми актами. Я также понимаю, что могу отозвать свое согласие в любой момент; это, однако, не может повлиять на действия, уже предпринятые на основе ранее данного согласия, и что при наступлении любого из следующих событий срок действия этого согласия автоматически истекает:

Укажите дату, событие или условие, после которого срок действия этого согласия истекает. Отметьте все категории, применимые в вашем случае:

- ☐ Дата окончания выплаты моих государственных пособий/медицинских пособий или
- ☐ Другое: (Укажите более раннюю дату, если это требуется по закону)

_____ _____
Подпись пациента | Дата

_____ _____
Подпись родителя, опекуна или уполномоченного представителя (если это требуется) | Дата

Уведомление о запрете на дальнейшее раскрытие информации о прохождении лечения алкогольной или наркотической зависимости

Запрет дальнейшего раскрытия конфиденциальной информации

Настоящее уведомление прилагается к раскрытой для вас с согласия клиента информации относительно лечения алкогольной зависимости или зависимости от наркотических веществ. Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (42 CFR, Часть 2). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без явного письменного согласия лица, к которому она относится, либо без иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации **НЕДОСТАТОЧНО** для этой цели. Согласно федеральным нормативным документам, эту информацию запрещено использовать для какого бы то ни было уголовного расследования и преследования любых пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.