

## Health Home – Форма согласия на передачу личной информации Health Home – Information Sharing Consent Form

Подписывая настоящую форму, вы соглашаетесь на участие в программе \_\_\_\_\_ **Health Home.**

Укажите (печатными буквами) название соответствующей программы Health Home

Когда вы регистрируетесь в программе Health Home, ваши поставщики услуг и другие лица, участвующие в уходе за вами, должны обсудить друг с другом порядок ухода за вами. Для обеспечения качественного ухода за вами они должны обмениваться информацией.

Если вы согласны на участие в программе и подписываете эту форму, Health Home и ваши поставщики услуг/партнеры, которых вы указали в этой форме, имеют право на получение, прочтение, копирование и обмен вашей медицинской информацией для координации действий по уходу за вами. Такая информация может быть создана как до даты подписания вами этой формы, или после нее. Информация о состоянии вашего здоровья может включать в себя: информацию о заболеваниях или травмах, которые вы могли иметь ранее, результаты обследований, например, рентгенографии или анализов крови, данные об услугах и поддерживающем обслуживании, которые вы получаете, и данные о лекарственных средствах, которые вы принимаете сейчас или принимали ранее.

**ПОМНИТЕ: если ваша документация включает любое из нижеуказанного, то для включения этих пунктов вам также необходимо заполнить следующий раздел.**

Я разрешаю раскрытие следующей информации (отметить всё, что применимо):

- Информацию о состоянии психического здоровья  Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и данные о лечении этих заболеваний

Примечание: Чтобы дать разрешение на раскрытие конфиденциальной информации в отношении лечения алкоголизма или наркотической зависимости, вам необходимо заполнить отдельную Форму согласия на раскрытие информации об услугах в отношении лечения алкогольной и/или наркотической зависимости (Release of Information (ROI) for Chemical Dependency (CD) Services).

- Это согласие действительно:  в течение всего периода, на протяжении которого Health Home может понадобиться моя информация в рамках реализации программы, или  до \_\_\_\_\_ (дата или событие).
- В любое время в письменной форме я могу отозвать или отменить это согласие, но это не повлияет на доступность информации, уже раскрытой соответствующим поставщикам услуг/партнерам.
- Копия этой формы содержит мое разрешение на передачу информации.

Информация о состоянии вашего здоровья является конфиденциальной, и не может предоставляться другим лицам без вашего разрешения в соответствии с законодательством штата Вашингтон и законодательством и нормативными актами США. Некоторые положения законодательства касаются информации о результатах анализов на ВИЧ/СПИД, психическом здоровье, злоупотреблении наркотиками или алкоголем. Поставщики услуг/партнеры, которые имеют право на получение и изучение вашей информации, должны соблюдать положения этого законодательства. Они не могут предоставлять информацию другим лицам, если вы не даете на это своего разрешения или законодательство запрещает им это делать. Это касается информации о состоянии вашего здоровья, хранящейся в компьютерных файлах или в бумажном виде.

**Я согласен(-на)** с тем, что моя программа Health Home может получать любую информацию о состоянии моего здоровья от поставщиков услуг/партнеров, указанных в настоящей форме, для координации ухода за мной. Я также согласен(-на) с тем, что программа Health Home и поставщики услуг/партнеры, указанные в настоящей форме, равно как и другие поставщики услуг/партнеры, участвующие в уходе за мной или управляющие моим уходом, могут обмениваться информацией о состоянии моего здоровья. Я понимаю, что настоящая форма Согласия замещает собой другие формы согласия на передачу личной информации программы Health Home, которые я уже подписывал(а) ранее. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, подписав форму отзыва согласия и предоставив ее моему координатору Health Home.

\_\_\_\_\_  
Фамилия и имя получателя услуг (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Дата рождения получателя услуг

\_\_\_\_\_  
Подпись получателя услуг или его законного представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Фамилия и имя законного представителя получателя услуг (если имеется) (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Отношение законного представителя к получателю услуг

**Список ваших поставщиков услуг/партнеров на второй странице.**



## **Подробная информация об передаче личной информации получателя услуг и процессе согласия на передачу личной информации:**

### **1. Как поставщики услуг/партнеры будут использовать мою информацию?**

Если вы согласны, поставщики услуг/партнеры будут использовать информацию о состоянии вашего здоровья для координации и более качественного управления вашим уходом.

### **2. Откуда поступает информация о состоянии моего здоровья?**

Информация о состоянии вашего здоровья поступает из организаций и от лиц, которые обеспечивали уход за вами, или из программ медицинского страхования, которыми вы пользовались в прошлом. Такими организациями/лицами могут являться: больницы, врачи, аптеки, лаборатории, планы медицинского страхования, программа Apple Health (Medicaid) и иные группы организаций/лиц, которые обменивались информацией о состоянии вашего здоровья. Вы можете получить список всех этих организаций и лиц, позвонив своему координатору ухода.

### **3. Какие законы и нормативные акты регламентируют раскрытие моей персональной информации?**

Ряд таких законодательных и нормативных актов включает в себя законы штата Вашингтон и федеральные законы в отношении конфиденциальной информации, регламенты RCW 71.05.630, RCW70.24.105, 42 CFR 2.31(a)(5), а также нормы 45 CFR Parts 160 и 164, которые в совокупности являются комплексом норм и правил, именуемых «HIPAA», а также нормы 42 CFR Part 2.

### **4. Если я дам свое согласие, кто сможет получать и просматривать мою информацию?**

Получать и просматривать информацию о вашем состоянии здоровья могут только те лица, в отношении которых вы дали свое согласие на получение и прочтение вашей информации, в частности, врачи или лица, которые работают в программе Health Home, и которые участвуют в уходе за вами. Другие лица, осуществляющие уход за вами, также могут просматривать эту информацию. Если вы получаете обслуживание от лица/организации, которое(-ая) не является вашим обычным поставщиком услуг или врачом, например, в новой аптеке, больнице, или от другого поставщика услуг, этот поставщик услуг может получить или просмотреть информацию, которая необходима ему для оказания вам услуг, например, чтобы узнать, какие услуги оплачиваются вашим планом, или фамилию вашего координатора в рамках программы Health Home. Для получения более подробной информации о том, кто может получить доступ к вашей информации, см. наше Уведомление о конфиденциальности.

### **5. Что если кто-то, кому я не давал разрешения, сможет использовать мою информацию?**

Если вы считаете, что кто-то использовал вашу информацию, а вы не давали ему разрешения на ее использование, позвоните своему координатору или в Центр поддержки и обслуживания клиентов Medicaid (MACSC) по бесплатному номеру 1-800-562-3022 (для слабослышащих: 1-800-848-5429).

### **6. На какой срок я даю свое согласие?**

Ваше согласие действительно вплоть до отзыва вами согласия или выхода из программы Health Home.

### **7. Как я могу вносить изменения в список поставщиков услуг/партнеров в форме?**

Вы можете добавлять фамилии и имена/названия поставщиков услуг в список в любое время путем указания данных поставщика услуг/партнера и заполнения столбцов «Получатель услуг дает разрешение» рядом с добавленной информацией. Вы также можете удалять данные поставщиков услуг, которых вы более не хотите видеть в списке, заполнив столбцы «Получатель услуг отзывает согласие» рядом с информацией ранее добавленного в список поставщика услуг/партнера.

### **8. Что, если я изменю решение и захочу отозвать мое согласие?**

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, подписав Форму отзыва согласия на передачу личной информации программой Health Home (Health Home Information Sharing Withdrawal of Consent Form) и передав ее вашему координатору ухода. Вы можете найти эту форму онлайн по ссылке <http://www.hca.wa.gov/medicaid/forms/Pages/index.aspx> или получить ее, позвонив в Центр поддержки и обслуживания клиентов Medicaid (MACSC) по бесплатному телефону 1-800-562-3022 (для слабослышащих: 1-800-848-5429). Если вы захотите, ваш координатор ухода поможет вам заполнить эту форму.

**Примечание:** даже если вы захотите отозвать свое согласие, поставщики услуг, у которых уже есть данные о вас, не обязаны передавать их вам или удалять из своего архива.

### **9. Когда я получу копию этого согласия на передачу личной информации Health Home?**

Вы получите копию формы сразу же после подписания формы.