

Health Home — Соглашение подростка о раскрытии информации Health Home — Adolescent Information-Sharing Consent

Вы приняты в качестве участника программы Health Homes. Ваши поставщики услуг и другие лица, участвующие в уходе за вами, должны обсудить друг с другом порядок ухода за вами. Ваша история болезни может содержать следующую информацию о/об:

- Репродуктивном здоровье (услуги по планированию семьи, например, контроль за рождаемостью и аборты)
- ВИЧ/СПИД
- Инфекциях, передающихся половым путем (заболевания, которые вы можете получить при половом акте);
- Курсах медикаментозного лечения и услугах, связанных/оказываемых в связи с вашим психическим здоровьем;
- Услугах в связи с зависимостью от химических веществ.

Так как подобная информация о состоянии здоровья является конфиденциальной, поставщики медицинских услуг и другие лица, имеющие доступ к информации о состоянии вашего здоровья не могут передавать ее кому бы то ни было без вашего на то согласия, кроме предусмотренных законом случаев. Это касается информации о состоянии вашего здоровья, хранящейся в компьютерных файлах или в бумажном виде.

Подписывая настоящий бланк согласия, вы выражаете собственное согласие с тем, что лицам, которых вы указали в настоящем бланке, разрешено знакомится с вашей личной и конфиденциальной медицинской информацией и консультироваться друг с другом, оказывая вам помощь в рамках организации медицинского ухода. Данное положение касается медицинской информации, полученной как до даты подписания вами этого бланка, так или после нее. Ваша медицинская карта может содержать информацию обо всех болезнях или травмах, которые могли быть у вас ранее; результатах исследований, например рентгенографических исследований или результатов анализа крови; а также информацию о лекарственных средствах, которые вы принимаете или принимали ранее.

Если вам уже исполнилось 13 лет и вы получили направление на участие в программе Health Homes, то мы просим вас заполнить этот бланк, вне зависимости от того, применима ли к вам этот тип информации о состоянии здоровья. Если вы не подпишете этот бланк, вы все равно сможете получать услуги в рамках программы Health Home.

Законы, применимые к этой информации о состоянии здоровья, включают в себя:

- Заболевания, передаваемые половым путём: Свод пересмотренных законов штата Вашингтон, RCW 70.24.105
- Документы о психических заболеваниях: Свод пересмотренных законов штата Вашингтон, RCW 71.05.620
- Зависимости от химических веществ: Ст. 42 Свода федеральных предписаний Federal Regulations (CFR), Часть 2

Я даю свое согласие Health Homes на получение информации о состоянии моего здоровья и ее раскрытие поставщикам медицинских услуг и другим лицам, указанным в настоящем документе, данная информация касается:

- Всей моей информации в качестве пациента, включая информацию о репродуктивном здоровье (услуги по планированию семьи, например, контроль за рождаемостью и аборты); результатах анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний); о состоянии психического здоровья и о зависимости от химических веществ.

ИЛИ

Или только следующую информацию (отметить всё, что применимо):

- Результатов анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний
- Информации о репродуктивном здоровье
- Информации о психическом здоровье
- Информации о химической зависимости
- Другое (перечислите): _____

Я также согласен(-на) с тем, что партнеры, перечисленные в этом бланке, могут обмениваться моей медицинской информацией друг с другом, и не могут обмениваться ею с другими лицами, не указанными в этом бланке. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, обновив стр. 2 настоящего бланка и предоставив ее моему координатору Health Home. Это не повлияет на ту информацию, которая уже известна. Инициалы:

Если ранее не отменено мною, вышеуказанная информация действительна до:

- Прекращения моего участия в программе Health Homes.
- Или до _____ (укажите срок).

Фамилия и имя клиента печатными буквами	Дата рождения клиента
Подпись клиента или его уполномоченного представителя	Дата
Фамилия и имя уполномоченного представителя печатными буквами	Кем приходится уполномоченный представитель клиенту

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 (Телетайп: 1-800-848-5429).

Имя и фамилия клиента печатными буквами

Перечислите имена авторизованных вами поставщиков медицинских услуг и других лиц	Клиент дает свое согласие		Клиент отзывает свое согласие	
	Дата	Инициалы клиента	Дата	Инициалы клиента
Социальный работник Администрации по делам детей				
Биологический родитель, приемный родитель, патронатный воспитатель				
Основной поставщик медицинских услуг				
Организация по предоставлению управляемых медицинских услуг				
Бывшая организация по предоставлению управляемых медицинских услуг				
Координатор ли руководитель Health Home				
Бывший координатор или руководитель Health Home				
Племенной/традиционный социальный работник или директор				
Специалисту по регулированию рождаемости				
Специалист по работе с зависимостью от химических веществ				
Специалист по поддержанию психического здоровья				
Дополнительные поставщики медицинских услуг				

УВЕДОМЛЕНИЕ: ЗАПРЕТ НА ПОВТОРНОЕ РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПРИЕМЕ АЛКОГОЛЯ ИЛИ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Настоящее уведомление прилагается к раскрытой для вас с согласия клиента информации относительно приема алкоголя или 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 специального письменного согласия лица, к которому она относится, либо иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации **НЕДОСТАТОЧНО** для этой цели. Согласно федеральным нормативам, эту информацию можно использовать исключительно для уголовного расследования и преследования пациентов, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками.