

Разрешение на раскрытие защищенной медицинской информации (PHI)



Заполняя эту форму, вы даете компании ODS Community Dental право использовать и раскрывать вашу информацию PHI. Заполните эту форму разборчиво печатными буквами, используя черные или синие чернила, и отправьте ее нам, придерживаясь инструкций на обратной стороне.

Раздел 1. Сведения об участнике (пациенте)

Имя и фамилия	Дата рождения (мм/дд/гггг)	Идентификационный номер
---------------	----------------------------	-------------------------

Раздел 2. Разрешение

Я понимаю, что, оказывая мне услуги как участнику плана, ODS Community Dental получает информацию PHI обо мне. Я даю согласие на использование ODS Community Dental моей информации и ее раскрытие лицу, указанному ниже.

Имя и фамилия	Кем приходится участнику		
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

Цель раскрытия информации (выберите один вариант):

- Обсуждение всех сведений, связанных с моим медицинским страхованием, лечением и оплатой.
- Другое (укажите причину): _____

Моя информация PHI включает следующие данные.

- Медицинская документация
- Выписки о выставлении счетов
- Отчеты о визуализационных исследованиях
- Отчеты о лабораторных исследованиях
- Стоматологическая документация
- Документация о физиотерапии
- Больничная документация, в том числе записи медсестер и отчеты о ходе лечения
- Любая другая личная или медицинская информация, связанная с целью этого разрешения

В указанных выше целях будут использоваться лишь необходимые сведения из вашей информации PHI.

Если ваша информация PHI включает какие-либо данные, которые относятся к категории, отмеченной ниже, могут применяться другие законы. Я понимаю и даю согласие на то, что моя информация PHI будет раскрыта лишь в том случае, если я отмечу соответствующий пункт ниже.

- Сведения о тестировании на ВИЧ/СПИД или о результатах такого тестирования и связанная с этим документация
- Информация о генетическом тестировании
- Данные о диагностике и лечении наркотической или алкогольной зависимости, а также о соответствующих направлениях
- Информация о психическом здоровье
- Сведения о репродуктивном здоровье

Я понимаю, что получившие мою информацию PHI лица могут раскрыть ее другим лицам и федеральные законы больше не будут обеспечивать ее защиту. Однако федеральные законы или законы штата могут запрещать дальнейшее раскрытие информации о тестировании и его результатах получившими ее лицами в отношении сведений, отмеченных выше.

Если это разрешение не будет отозвано, оно будет иметь юридическую силу до указанной даты или события (выберите один вариант):

Дата: _____ / _____ / _____ (не позднее 24 месяцев с даты подписания формы)*

Событие: _____

(Срок, в течение которого может произойти событие, не может превышать 24 месяца. Такие события, как «смерть», «прекращение действия полиса» или «до аннулирования», являются недопустимыми, и в случае их указания разрешение будет признано недействительным.)

* Если вы не укажете дату и оставите поле пустым, срок действия разрешения будет составлять 24 месяца с даты подписания формы.

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я прочел (прочла) текст настоящей формы и понимаю его.

Подпись участника X	Дата
------------------------	------

или

Подпись представителя участника X	Дата
Имя и фамилия представителя печатными буквами	Кем приходится участнику**

** Предоставьте юридический документ, подтверждающий опеку, доверенность или любой другой документ, уполномочивающий вас действовать от имени участника.

Чтобы разрешение имело силу, должны быть заполнены все его разделы. Участник должен сохранить копию заполненной формы у себя.

Готовы отправить форму?

Отправьте эту форму почтой по следующему адресу:

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

У вас есть вопросы? Позвоните в отдел обслуживания участников

ODS Community Dental по телефону 800-342-0526. (Номер для пользователей линии TTY: 711.)

odscommunitydental.com/members

ODS Community Dental обязуется соблюдать законодательство штата и федеральное законодательство о гражданских правах.

В рамках всех наших программ и оказания любых услуг мы не допускаем несправедливого отношения к людям по причине их возраста, цвета кожи, инвалидности, гендерной самоидентификации, семейного положения, страны происхождения, расы, религиозной принадлежности, пола или сексуальной ориентации.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 888-788-9821 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 聾啞人專用：711。