

Сведения о пациенте

Имя, фамилия (печатными буквами): _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Медкарта №: _____ Эл. почта: _____

Формат предоставления: Бумажный. Электронный Электронный на носителе (CD-ROM) Устный (беседа)

Предоставитель информации: MultiCare Health System. Только Navos Только Greater Lakes

Другой (ФИО/организация): _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Факс: _____

Адрес: _____

Получатель информации:

ФИО/организация: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Факс: _____

Адрес: _____

Цель предоставления: Медицинская Личная Согласно закону / для следствия / для суда _____

Выставление счетов Страхование _____

Предоставляемая информация: _____

Выберите допустимые для раскрытия типы информации.

П = психиатрия

Общие данные медицинской карты ИЛИ Только указанные документы (записи) из

Данные из клиники (в том числе: данные регистратуры, лаборатории, радиологии, рецептов и прививок)

Данные из больницы (в том числе: анамнез и обследование, выписной эпикриз, протокол операции, данные неотложной помощи, лаборатории, рентгенологии)

Данные о выставлении счетов

Выписные

эпикриз / выписка

Анамнез и обследование

Протокол операции

Отчет рентгенологии

Рентгеновские снимки и носители

Отчеты лаборатории

Другое (укажите): _____

Протокол гистологического исследования

Протокол отделения неотложной помощи

Записи о прививках

Данные об уходе

Данные о препаратах

Данные о продвижении / клинические протоколы

Реабилитационная терапия (ЛФК/ЭТ/ЛЛ)

П результаты приема/введения

П протоколы / данные о препаратах

Данные о препаратах / психиатрической оценке

П протоколы программы/группы

Психиатрическая оценка

П планы лечения / отчеты

П данные о лечении / посещениях пациента

П отчеты кризисных специалистов (DCR), принудительного лечения

П планы выхода из кризиса

П выписной эпикриз

П назначение и подтверждение приема

П назначение приема / препаратов

Финансовые/демографические данные

Лабораторные заключения

Индивидуальный учебный план (раздел 504)

УПВ = расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ

УПВ контроль/исследование (оценка)

УПВ рекомендации по лечению

УПВ протокол лечения с использованием препаратов

УПВ планы лечения / отчеты

УПВ отчеты проверок посещения / выполнения требований

УПВ продвижение / протоколы группы

УПВ результаты контроля употребления препаратов / анализ мочи

УПВ планы выхода из кризиса

УПВ выписной эпикриз

УПВ данные назначения и подтверждения приема

Заполнение онлайн-формы отдела лицензирования

Данные по отдельным состояниям и датам получения услуг: _____

Передача медицинских данных и анамнеза в устной форме: _____

Специальная информация: я разрешаю в этот раз включить следующую информацию в состав предоставляемой (поставьте подпись для каждого разрешенного типа)

_____ Заболевание, передающиеся половым путем, включая ВИЧ/СПИД _____ Информация о психическом и поведенческом здоровье

_____ Информация о расстройствах, связанных с употреблением

психоактивных веществ

_____ Информация о генетических исследованиях и маркерах

*** **Примечание.** Если этот раздел не заполнен, данные соответствующих типов (при их наличии), не будут переданы. *** НЕОБХОДИМА ПОДПИСЬ НА СТР. 2

Идентификатор пациента —

заполните вручную или наклейте этикетку

Имя, фамилия:

Медкарта №:

CSN №:

Возраст/пол:

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

MultiCare 

Стр. 1 из 2



87-8455-5e A (Ред. 10/21)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (ЗАЩИЩЕННОЙ ИЛИ ЛИЧНОЙ)(продолжение)

Права пациента и примечания:

1. После предоставления организацией MultiCare вашей медицинской информации, она может быть раскрыта получателем и более не защищена законом о личной информации. Отдельные виды информации могут продолжать оставаться под защитой, например о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и о психическом здоровье.
2. Это разрешение может быть отозвано в любой момент. Для этого необходимо отправить электронное письмо по указанному ниже адресу. Отзыв разрешения не имеет влияния на действия, предпринятые ранее при наличии разрешения.
3. Организация MultiCare не требует заполнения данного разрешения для получения медицинских услуг или предпочтений. Однако подписание данного разрешения может быть необходимо, если получение медицинских услуг или участие в исследовании связано с созданием или сбором информации.
4. Я понимаю, что в связи запросом данных может требоваться оплата. Перед тем, как данные будут предоставлены, мне должны сообщить приблизительную стоимость данной услуги. Дополнительная информация о стоимости доступна по адресу www.multicare.org/medical-records/

Срок действия:

Данное разрешение действительно в течение 365 дней от даты подписания или по дату указанного ниже события:

Подпись:

Пациент/представитель: _____ Дата/Время: _____

Заверитель: _____ Подпись несовершеннолетнего: _____

(Подпись лица и дата)

Если подпись несовершеннолетнего требуется

Если разрешение подписано представителем лица, необходимо указать основание правомочности действий представителя.

Имя, фамилия печатными буквами и дата: _____ Отношения/Родство: _____

ОТЗЫВ

Данное разрешение можно отозвать с помощью письменного заявления. Вы можете позвонить в одно из указанных отделений или получить дополнительную информацию о необходимой больнице онлайн по адресу <https://www.multicare.org/medical-records> в разделе «Health Information Management (Medical Records) Locations». Отзыв вступает в силу с момента его получения, но не влияет на переданную ранее информацию или услуги, предоставленные в соответствии с разрешением.

Больница Inland Northwest Deaconess Hospital: 509-473-7421

Greater Lakes Mental Health 253-620-5150

Больница Inland Northwest Rockwood Clinic: 509-342-3955

Navos: 206-257-6609

Больница Inland Northwest Valley Hospital: 509-473-5431

MultiCare Behavioral Health 253-697-8530

Больница Puget Sound MultiCare Hospitals: 253-403-2433

СОГЛАСИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Подпись несовершеннолетнего пациента необходима для предоставления медицинской информации о следующем:

- 1) услуги в связи с беременностью и контрацепцией; 2) заболевания, передающиеся половым путем (включая ВИЧ/СПИД), если несовершеннолетнему не менее 14 лет; 3) направление, диагностирование, лечение расстройств, связанных с употреблением психотропных веществ (при дееспособности лица возрастом до 13 лет необходимы две

MULTICARE USE ONLY

- Was the request completed and medical records released to an external provider? [] YES [] NO
- Was this request sent to an external provider or hospital to obtain medical records? [] YES [] NO
- Is this an authorization for verbal communications or ongoing discussion that only needs to be filed for reference? [] YES [] NO

Идентификатор пациента —

заполните вручную или наклейте этикетку

Имя, фамилия:

Медкарта №:

CSN №:

Возраст/пол:

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

MultiCare 

Page 2 of 2



87-8455-5e A (Rev. 10/21)