

Сведения о пациенте

ФИО (печатными буквами): _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

№ медкарты (MRN): _____ Эл. почта: _____

Формат предоставления: бумажный электронный электронный на носителе (CD-ROM) устно (на словах)

Я разрешаю двусторонний обмен информацией между указанными ниже сторонами. Инициалы _____

Запросы информации у указанного поставщика услуг: MultiCare Health System PACE Navos Greater Lakes

Другой: ФИО/организация: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Факс: _____

Адрес: _____

Получение информации у: ФИО/организация: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Факс: _____

Адрес: _____

Цель предоставления: медицинская личная по закону / для следствия / для суда для выставления счёта для страхования

другая: _____

Предоставляемая информация: _____

выберите разрешённые для предоставления типы информации.

ПЗ = психиатрия

УПВ = расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (ПАВ/SUD)

Стандартный перечень данных медицинской карты-----ИЛИ-----Только указанные

документы (записи) из медицинской карты

- Данные из клиники (в том числе: данные регистратуры, лаборатории, рентгенологии, рецепты и прививки)
- Данные из стационара (включая: историю болезни, выписной эпикриз, протокол операции, консультации, данные неотложной помощи, лабораторных и радиологических исследований)
- Доступ к медкарте
- Данные о выставленных счетах
- Выписной эпикриз
- Анамнез и осмотр
- Протокол операции
- Отчёт рентгенологии
- Рентгеновские снимки и носители
- Лабораторные исследования
- Другое (укажите): _____

- Протокол гистологического исследования
- Протокол отделения неотложной помощи
- Записи о прививках
- Журнал медсестры
- Записи о препаратах
- Данные о выздоровлении / клинические протоколы
- Реабилитационная терапия (ЛФК/ЭТ/логопед)

- ПЗ Оценка состояния при поступлении (психическое здоровье)
- ПЗ Назначения и приём лекарств
- Данные о препаратах / психиатрической оценке
- ПЗ Протоколы программы/группы
- Психиатрическая оценка
- ПЗ Планы лечения / отчёты
- ПЗ данные о лечении / посещениях пациента
- ПЗ Записи о кризисных ситуациях, обращениях в службу кризисного реагирования (DCR) и принудительном лечении (ITA)
- ПЗ Планы выхода из кризиса
- ПЗ Выписной эпикриз
- ПЗ Запись на приём и подтверждение приёма
- Явка на приёмы по психиатрии и медикаментозному лечению
- Финансовые/демографические данные
- Результаты анализов
- Индивидуальный учебный план (раздел 504) / представитель в классе

- УПВ Оценка / исследование
- УПВ Результаты оценки
- УПВ Рекомендации по лечению
- УПВ Протокол лечения с использованием препаратов
- УПВ Планы лечения / отчёты
- УПВ Отчёты о проверках посещений / выполнении требований
- УПВ Записи об участии в программе / группе
- Результаты контроля употребления ПАВ / анализ мочи
- УПВ Планы выхода из кризиса
- УПВ Выписной эпикриз / справка
- УПВ Данные о назначенных приёмах с подтверждениями посещений
- 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 в состав предоставляемой следующую информацию (проставьте ваши инициалы у каждого разрешённого типа)

_____ Заболевания, передающиеся половым путем, включая ВИЧ/СПИД

_____ Психическое / поведенческое здоровье

_____ Расстройства, связанные с употреблением ПАВ

_____ Генетические исследования и маркеры

*** ВНИМАНИЕ! Если этот раздел не заполнен, данные соответствующих типов (при их наличии), переданы не будут. ***

НЕОБХОДИМА ПОДПИСЬ НА СТР. 2

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH CARE INFORMATION (PROTECTED HEALTH INFORMATION OR PHI)

MultiCare 

Стр 1 из 2



87-8455-5e ARU (Rev. 2/26)

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 утратить защиту по закону о личной информации. Отдельные виды информации могут продолжать оставаться под защитой, например сведения о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и о психическом здоровье. Информация, раскрытая по этому разрешению (например, о расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, психическом здоровье и пр.), может быть передана получателем дальше и утратить защиту федерального закона о конфиденциальности (42 CFR Part 2, HIPAA).
2. Данное разрешение может быть отозвано вами в любой момент (см. Раздел «Отзыв разрешения» ниже). Отзыв разрешения не имеет обратного влияния на действия, предпринятые ранее при наличии разрешения.
3. Организация MultiCare не требует заполнения данного разрешения для получения медицинских услуг или предпочтений. Но подписание этой формы разрешения обязательно, если целью медицинской помощи или участия в исследовании является создание или получение медицинской информации.
4. Я понимаю, что такой запрос данных может быть платным. Перед тем, как данные будут предоставлены, мне должны сообщить ориентировочную цену этих услуг. Подробнее о ценах см. www.multicare.org/medical-records/.

Срок действия:

Данное разрешение действительно в течение 365 дней от даты подписания или до даты или события, указанных ниже: _____

Подпись:

Пациент/представитель: _____ Дата/время: _____

Заверитель: _____ Подпись несовершеннолетнего: _____

(Подпись лица и дата) Если требуется вторая подпись для несовершеннолетнего

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

ФИО печатными буквами и дата: _____ Кем приходится: _____

ОТЗЫВ РАЗРЕШЕНИЯ

Данное разрешение можно отозвать с помощью письменного заявления. Вы можете позвонить в одно из указанных отделений или получить дополнительную информацию о нужной больнице на сайте <https://www.multicare.org/medical> в разделе «Health Information Management (Medical Records) Locations» (адреса регистратур). Отзыв вступает в силу с момента его получения, но не имеет обратной силы для переданной ранее информации или для услуг, оказанных на условиях предоставления такого разрешения.

Больница Inland Northwest Deaconess Hospital: 509-603-7421

Клиника Inland Northwest Rockwood Clinic: 509-342-3955

Больница Inland Northwest Valley Hospital: 509-603-5431

Сеть Puget Sound MultiCare Hospitals and Clinics: 253-403-2433

Сеть ЦПЗ Greater Lakes Mental Health 253-620-5150

Navos: 206-257-6608

Сеть психиатрической помощи MultiCare Behavioral Health 253-697-8530

Сеть Yakima Memorial Hospitals and Clinics: 509-746-3457

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 подписи: его и опекуна); 4) амбулаторное лечение психического здоровья при возрасте несовершеннолетнего не менее 13 лет.

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В MULTICARE

- Был ли принят этот запрос, и состоялась ли передача медицинских данных внешнему поставщику? [] ДА [] НЕТ
- Был ли этот запрос направлен внешнему поставщику или больнице для получения информации? [] ДА [] НЕТ
- Предназначено ли данное разрешение для устного обмена информацией /периодических обсуждений, и требуется ли оно только для консультаций? [] ДА [] НЕТ



Уведомление о языковой поддержке | Услуги переводчика бесплатно: если вы не говорите на английском языке, MultiCare предлагает вам услуги переводчика бесплатно. Чтобы узнать подробности об этой бесплатной услуге, отсканируйте QR-код или зайдите на страницу: multicare.org/interpreter.

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH CARE INFORMATION (PROTECTED HEALTH INFORMATION OR PHI)

MultiCare

Страница 2 из 2



87-8455-5e ARU (Rev. 2/26)