

Данная форма дает разрешение на разглашение медицинской информации, включая информацию в отношении ВИЧ. Вы можете разрешить разглашение только медицинской информации, не имеющей отношения к ВИЧ, только информации, имеющей отношение к ВИЧ, или той и другой информации. Ваша информация может быть защищена от разглашения федеральным законом о конфиденциальности или законом штата. Конфиденциальная информация в отношении ВИЧ — это любая информация, указывающая на то, что человек сдал анализ на ВИЧ или заражен ВИЧ-инфекцией, имеет ВИЧ-заболевание или СПИД, или другая информация, которая указывает на то, что человек мог быть подвергнут воздействию ВИЧ.

Согласно законодательству штата Нью-Йорк информация в отношении ВИЧ может быть передана только тем лицам, которые указаны в подписанной вами форме разрешения на разглашение информации. Данная информация также может быть разглашена следующим лицам: поставщикам медицинских услуг, которые осуществляют уход за вами или вашим ребенком, который был подвергнут воздействию ВИЧ; сотрудникам органов здравоохранения, если того требует закон; страховым компаниям для получения разрешения на выплаты; лицам, которые являются приемными родителями; лицам, являющимся штатными сотрудниками исправительных учреждений или осуществляющим надзор за условно-досрочно освобожденными; медицинским работникам и сотрудникам служб экстренной помощи, которым случайно приходится иметь дело с вашей кровью; или по специальному предписанию суда. Согласно закону штата Нью-Йорк лица, незаконно разгласившие информацию в отношении ВИЧ, могут понести наказание в виде штрафа в размере 5 000 долларов США или тюремного заключения на срок до одного года. Однако некоторые случаи повторного разглашения медицинской информации и (или) информации в отношении ВИЧ не защищены федеральным законодательством. Для получения дополнительной информации по поводу конфиденциальности в отношении ВИЧ позвоните в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) по телефону горячей линии 1-800-962-5065; для получения дополнительной информации об обеспечении конфиденциальности позвоните в Отделение по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019. Вы также можете связаться с Отделением по правам человека штата Нью-Йорк (NYS Division of Human Rights) по телефону 1-888-392-3644.

Поставив отметки на полях и подписав данную форму, вы соглашаетесь с тем, что медицинская информация и (или) информация в отношении ВИЧ может быть разглашена лицам, указанным на второй странице (а при необходимости и на дополнительных страницах) данной формы по указанной причине (причинам). По вашей просьбе учреждение или лицо, осуществляющее разглашение вашей медицинской информации, должно предоставить вам копию данной формы.

Я даю согласие на разглашение следующей информации (пожалуйста, отметьте все применимые пункты):

- Мою информацию в отношении ВИЧ
- Мою медицинскую информацию, не имеющую отношения к ВИЧ
- Оба вида информации (информацию, имеющую и не имеющую отношения к ВИЧ)

Наименование (имя и фамилия) и адрес учреждения (лица), осуществляющего разглашение информации в отношении ВИЧ:

Имя и фамилия лица, чья информация подлежит разглашению: _____

Имя, фамилия и адрес лица, подписывающего данную форму (если отличаются от указанных в предыдущем пункте): _____

Характер взаимоотношений с лицом, чья информация подлежит разглашению: _____

Опишите информацию, подлежащую разглашению: _____

Причина разглашения информации: _____

Период времени, на который распространяется разрешение на разглашение информации: с _____ до: _____

Исключения, распространяющиеся на право отзыва согласия, при их наличии: _____

Описание последствий, при их наличии, неполучения согласия на разглашение при лечении, оплате, регистрации или определении права на получение пособий (примечание: федеральные правила соблюдения конфиденциальности могут наложить ограничения на некоторые последствия): _____

Пожалуйста, поставьте ниже свою подпись, только если вы желаете дать разрешение всем учреждениям (лицам), указанным на страницах 1, 2 (и 3, при необходимости) данной формы, передавать информацию друг другу с целью предоставления медицинской помощи и услуг.

Подпись _____ Дата _____

* Данное разрешение на разглашение медицинской информации и конфиденциальной информации в отношении ВИЧ соответствует требованиям HIPAA. Если речь идет о разглашении только информации, не имеющей отношения к ВИЧ, вы можете использовать данную форму или другую форму разрешения на разглашение общей медицинской информации, соответствующую требованиям HIPAA.

Разрешение на разглашение медицинской информации и конфиденциальной информации в отношении ВИЧ*

Заполните информацию для каждого учреждения (лица), которому будет передана общая информация и (или) информация в отношении ВИЧ. При необходимости прикрепите дополнительные страницы. Перед подписанием формы рекомендуется поставить прочерки во всех незаполненных полях.

Наименование (имя и фамилия) учреждения (лица), которому будет передана общая медицинская информация и (или) информация в отношении ВИЧ, подлежащая разглашению:

Причины разглашения информации, которые отличаются от указанных на странице 1:

Если информация, подлежащая разглашению данному учреждению (лицу), ограничена, пожалуйста, укажите подробно:

Наименование (имя и фамилия) учреждения (лица), которому будет передана общая медицинская информация и (или) информация в отношении ВИЧ, подлежащая разглашению:

Причины разглашения информации, которые отличаются от указанных на странице 1:

Если информация, подлежащая разглашению данному учреждению (лицу), ограничена, пожалуйста, укажите подробно:

Закон защищает вас от дискриминации в связи с ВИЧ при найме жилья, трудоустройстве, получении медицинской помощи и других услуг. Для получения дополнительной информации позвоните в Комитет по правам человека города Нью-Йорк (New York City Commission on Human Rights) по телефону (212) 306-7500 или в Отделение по правам человека штата Нью-Йорк по телефону 1-888-392-3644.

Я получил(а) ответы на мои вопросы в отношении данной формы. Я знаю, что не обязан(а) давать разрешение на разглашение моей медицинской информации и (или) информации в отношении ВИЧ и что я в любое время могу изменить свое решение и отозвать свое разрешение, направив письменное уведомление в учреждение или лицу, которому дано разрешение. Я даю разрешение учреждению (лицу), указанному на странице 1, на разглашение медицинской информации и (или) информации в отношении ВИЧ лица, указанного на странице 1, указанным организациям (лицам).

Подпись _____ Дата _____
(СУБЪЕКТ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

Если подпись принадлежит законному представителю, укажите характер взаимоотношений с субъектом:

Имя и фамилия печатными буквами _____

Номер клиента (пациента) _____

* Данное разрешение на разглашение медицинской информации и конфиденциальной информации в отношении ВИЧ соответствует требованиям HIPAA. Если речь идет о разглашении только информации, не имеющей отношение к ВИЧ, вы можете использовать данную форму или другую форму разрешения на разглашение общей медицинской информации, соответствующую требованиям HIPAA.

Разрешение на разглашение медицинской информации и конфиденциальной информации в отношении ВИЧ*

Заполните информацию для каждого учреждения (лица), которому будет передана общая информация и (или) информация в отношении ВИЧ. При необходимости прикрепите дополнительные страницы. Перед подписанием формы рекомендуется поставить прочерки во всех незаполненных полях.

Наименование (имя и фамилия) учреждения (лица), которому будет передана общая медицинская информация и (или) информация в отношении ВИЧ, подлежащая разглашению:

Причины разглашения информации, которые отличаются от указанных на странице 1:

Если информация, подлежащая разглашению данному учреждению (лицу), ограничена, пожалуйста, укажите подробно:

Наименование (имя и фамилия) учреждения (лица), которому будет передана общая медицинская информация и (или) информация в отношении ВИЧ, подлежащая разглашению:

Причины разглашения информации, которые отличаются от указанных на странице 1:

Если информация, подлежащая разглашению данному учреждению (лицу), ограничена, пожалуйста, укажите подробно:

Наименование (имя и фамилия) учреждения (лица), которому будет передана общая медицинская информация и (или) информация в отношении ВИЧ, подлежащая разглашению:

Причины разглашения информации, которые отличаются от указанных на странице 1:

Если информация, подлежащая разглашению данному учреждению (лицу), ограничена, пожалуйста, укажите подробно:

Если данная страница заполнена частично или полностью, поставьте ниже свою подпись:

Подпись _____ Дата _____
(СУБЪЕКТ ИНФОРМАЦИИ ИЛИ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

Номер клиента (пациента) _____

* Данное разрешение на разглашение медицинской информации и конфиденциальной информации в отношении ВИЧ соответствует требованиям HIPAA. Если речь идет о разглашении только информации, не имеющей отношение к ВИЧ, вы можете использовать данную форму или другую форму разрешения на разглашение общей медицинской информации, соответствующую требованиям HIPAA.