|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Программа штата Северная Каролина для младенцев и детей ясельного возраста*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ***Согласие на разглашение медицинской информации*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя ребенка: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Дата рождения: | | | | | | | |  | | | |
| Медицинская карта ребенка №: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| Я, |  | | | | | | | | | | | | | Настоящим разрешаю | | | | | | | | | | |  | | | | |
| *(Родитель/законный опекун или личный представитель)* | | | | | | | | | | | | | | | | *(Имя поставщика/агентства/частного лица)* | | | | | | | | | | | | | |
| Разглашать конкретную медицинскую информацию из записей (устных, письменных и/или электронных) вышеупомянутого ребенка и обмениваться ею с/от | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  | |
| *Имя получателя(ей)* | | | | | | | |  | *Адрес* | | | | | | | | | | | |  | | *Телефон* | | | |  | *Факс (необязательно)* | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  | |
| *Имя получателя(ей)* | | | | | | | |  | *Адрес* | | | | | | | | | | | |  | | *Телефон* | | | |  | *Факс (необязательно)* | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  |  | |
| *Имя получателя(ей)* | | | | | | | |  | *Адрес* | | | | | | | | | | | |  | | *Телефон* | | | |  | *Факс (необязательно)* | |
| Для следующих целей: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Конкретная информация, подлежащая раскрытию/обмену (отметьте все подходящие варианты): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Записи о рождении / история | | | | | | Физиотерапевтические оценки | | | | | Мультидисциплинарные оценки | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Здоровье и медицинские записи | | | | | | Оценка трудотерапии | | | | | Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лабораторные результаты | | | | | | Речевые и языковые оценки | | | | | Положение в области права на участие в программе | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сводки о поступлении/выписке | | | | | | Оценки развития | | | | | Отчеты о проделанной работе/заметки о проделанной работе | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Офтальмологические заключения | | | | | | Оценки питания | | | | | Другое [указать] | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Аудиологические заключения | | | | | | Образовательные оценки | | | | | Другое [указать] | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Социальный анамнез | | | | | | Психологические оценки | | | | | Другое [указать] | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| История развития | | | | | | Медицинские оценки | | | | | ОГРАНИЧЕНИЯ См. Конкретный запрос | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я понимаю, что это согласие прекратит действие в следующую дату, событие или условие: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **(НЕ БОЛЕЕ ОДНОГО ГОДА)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я понимаю, что если я не укажу дату или условие истечения срока действия, это согласие будет действительно в течение периода времени, необходимого для выполнения его цели, до одного года, за исключением раскрытия информации о финансовых операциях, когда разрешение действует бессрочно. Я также понимаю, что могу отозвать это согласие в любое время, подписав раздел “отзыва” в нижней части этой формы. Я также понимаю, что любые действия, предпринятые в отношении этого согласия до даты его аннулирования, являются законными и обязательными.  Я понимаю, что моя информация не может быть защищена от повторного раскрытия лицом, запрашивающим информацию; однако, если эта информация защищена Федеральными правилами конфиденциальности о злоупотреблении психоактивными веществами, получатель не может повторно раскрывать такую информацию без моего дополнительного письменного разрешения, если иное не предусмотрено Законом штата или Федеральным законодательством.  Я понимаю, что если моя медицинская карта содержит информацию, касающуюся ВИЧ-инфекции, СПИДа или состояний, связанных со СПИДом, алкогольной звависимостью, злоупотреблением наркотическими средствами, психологическим или психиатрическим состоянем, или тестирования генетического материала, – ответ на запоос может включать эту информацию. Я понимаю, что могу потребовать ограничения раскрытия этой информации. Я также понимаю, что могу отказаться подписывать это согласие. Я также понимаю, что Программа для младенцев и детей ясельного возраста не может отказать в лечении или льготах, если я откажусь подписать это согласие. (Обратите внимание, однако, что если лечение связано с исследованиями, в лечении может быть отказано без моего разрешения.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| *Подпись родителя, клиента, законного опекуна, личного представителя* | | | | | | | | | | | |  | | | *Дата* | | | | | | |  | | *Отношение/Представитель* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| *Подпись свидетеля* | | | | | | | | | | | |  | | | *Дата* | | | | | | |  | | *Отношение/Представитель* | | | | | |
| |  | | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Настоящим я прошу, чтобы это согласие на обмен/разглашение медицинской информации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Имя ребенка* | | | | | | | | | |
| Подписано: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |
|  | | *Имя лица, подписавшего разрешение* | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | *Дата подписания* | | | | | | | | |
| аннулировать действующую его силу | | | | | | |  | | | *Дата* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я понимаю, что любые действия, предпринятые в отношении этого разрешения до даты его аннулирования, являются законными и обязательными. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| *Подпись родителя, клиента, законного опекуна, личного представителя* | | | | | | | | | | | | |  | | *Дата* | | | | | | |  | | *Отношение/Представитель* | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| *Подпись свидетеля* | | | | | | | | | | | | |  | | *Дата* | | | | | | |  | | *Отношение/Представитель* | | | | | |