

DEPARTMENT OF MEDICAL
INFORMATION MANAGEMENT
(ОТДЕЛ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИЕЙ)

Университетские больницы
410 Вест 10-я Авеню
Колумбус, ОН 43210-1228
Телефон: (614) 293-8657

Онкологическая больница Артура Джеймса и
Исследовательский Институт Ричарда Солова
300 Вест 10-я Авеню
Колумбус, ОН 43210-1228
Телефон: (614) 293-8657
Восточные университетские больницы
1492 Ист Брод Стрит
Колумбус, ОН 43205
Телефон: (614) 257-3191

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ

Номер медицинской записи: _____

Только для служебного использования

Фамилия пациента: _____ Дата рождения: _____ / _____ / _____

Номер социального страхования: _____ Номер телефона: _____

Я разрешаю (отметьте соответствующий квадрат):

- Университетские больницы Лечение и профилактика нарушений поведения Хардинга и Университета штата Огайо Додд Холл
 Онкологическая больница Джеймса Клиника Восточные университетские больницы
 Другое (пожалуйста отметьте): _____

передачу медицинской информации (отметьте соответствующий квадрат):

- Медицинский Центр Университета Штата Огайо Другое Фамилия: _____
Управление медицинской информации, 140 Доан Холл Адрес: _____
410 Десятая Западная Авеню _____
Колумбус, Огайо, 43210 _____

Цель передачи информации: _____

Дата обслуживания: _____

Медицинская информация будет передана:

- Стационар Поликлиника Отдел по чрезвычайным ситуациям

Специальные отчеты для передачи:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Отчеты Отдела по чрезвычайным ситуациям | <input type="checkbox"/> Оперативные отчеты | <input type="checkbox"/> Оценка |
| <input type="checkbox"/> Краткая информация при выписке | <input type="checkbox"/> Информация о физиотерапии/трудотерапии | <input type="checkbox"/> План лечения |
| <input type="checkbox"/> Отчеты лаборатории | <input type="checkbox"/> Отчеты о патологиях | <input type="checkbox"/> Информация о ходе лечения |
| <input type="checkbox"/> История и физические данные | <input type="checkbox"/> Отчеты о радиологических исследованиях | <input type="checkbox"/> Запись о приеме |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ | | |

Настоящим разрешаю вышеуказанному лечебному учреждению и его сотрудникам раскрыть упомянутую информацию, содержащуюся в моей истории болезни или указанных регистрационных данных. Я понимаю и подтверждаю, что это разрешение относится ко всей вышеуказанной информации или к ее части, которая может включать в себя данные о лечении физических и умственных заболеваний, злоупотреблении алкоголем и/или наркотиками и/или СПИДе (синдроме приобретенного иммунодефицита) и/или могут включать результаты анализов ВИЧ или факт того, что анализ на ВИЧ был проведен. Информация в форме аудио или видеозаписей или фотографий была также упомянута выше, если это применялось. Специальное разрешение требуется для раскрытия информации о психотерапевтических записях. Настоящим я соглашаюсь с раскрытием указанной выше информации. Это разрешение является действительным в течение 60 дней, если оно не было письменно отменено, при условии, что информация об отмене была получена до передачи упомянутой информации. **Отмена этого разрешения является действительной за исключением случаев, указанных в Заметках о приватности деятельности системы здравоохранения Университета штата Огайо.** Информация, раскрытая настоящим разрешением, не подлежит охране в рамках федеральных правил о защите неприкосновенности личной жизни, таких как HIPAA. Я понимаю, что медицинский центр Университета штата Огайо не может увязывать условия моего лечения или оплаты за него с этим Разрешением, за исключением случаев, когда лечение связано с исследованиями или обеспечено предоставление информации только третьей стороне.

X _____
Подпись пациента или лица, уполномоченного на согласование _____ Дата подписания _____

X _____
Родственные отношения, если подписывает не пациент _____

X _____
Свидетель (не обязательно) _____ Дата подписания _____

Для записей описанных в 42 CFR часть 2: Эта информация была передана вам из записей, охраняемых Федеральными правилами о защите частной жизни. Федеральные правила запрещают вам передавать далее эту информацию, если только это особо не упомянуто в письменном согласии лица, к которому она относится, или это иным образом позволено в 42 CFR часть 2. Общее разрешение на передачу медицинской или иной информации не является достаточным основанием для указанной цели. Федеральные правила ограничивают любое использование информации для уголовного расследования или обвинения любого клиента, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками.

Если у Вас есть вопросы относительно передачи информации из университетских клиник (включая Университет штата Огайо и центр лечения нарушений поведения Хардинга, университетских клиник и Додд Холла) или Онкологической больницы Артура Джеймса и Исследовательского института Ричарда Солова, звоните (614)293-8657. Если у Вас есть вопросы относительно раскрытия информации в Восточных Университетских клиниках, звоните (614)257-3191. Если у Вас есть вопросы относительно платы за копирование, обратитесь в службу потребителей ChartOne 1-800-521-COPY (2679).