

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Данная форма действительна только в случае заполнения всех полей.

Имя участника: _____ ID участника: _____

Я разрешаю Colorado Access и указанному ниже лицу/организации осуществлять обмен медицинской информацией обо мне и предоставлять доступ к ней

Имя	Номер телефона	Номер факса	
Адрес (необязательно)	Город	Штат	Почтовый индекс

Отметьте свой выбор в следующих трех (3) разделах:

Доступ к информации обо мне может быть предоставлен в следующих целях (отметьте свой выбор):

- Координация медицинского обслуживания/лечение
- Объяснение доступных услуг и страхового покрытия
- Юридическое представительство
- Представительство при рассмотрении претензии и/или апелляции
- По моему запросу
- Прочее _____

Отметкой в одном (1) из полей ниже я разрешаю предоставить доступ к следующей информации:

- Все медицинские записи
ИЛИ
- Доступ может быть предоставлен только к ограниченному объему информации (выберите ниже типы информации, к которым вы хотите предоставить доступ).
 - _____ Информация о выставлении счетов и страховых претензиях/предварительные разрешения
 - _____ Информация о соответствии требованиям для участия
 - _____ Заметки/планы в рамках координации медицинского обслуживания
 - _____ Демографические сведения
 - _____ Прочее — укажите подробнее _____

Доступ к следующей конкретной медицинской информации не будет предоставлен, если только я не отмечу ниже:

- _____ Информация и/или записи, связанные с ВИЧ/СПИДом
- _____ Информация о генетических исследованиях
- _____ Информация о диагнозе, лечении и получении направлений в связи с употреблением наркотических веществ/алкоголя

Доступ предоставляется к информации, относящейся к следующим датам получения услуг: _____

Данное мной разрешение прекращает действовать через один (1) год с даты подписания данной формы согласия, если только я не вношу изменения ниже: конкретная дата прекращения действия согласия: ____/____/____ (ММ/ДД/ГГ), но не более двух (2) лет.

Заявления в отношении согласия

Я подписываю данное согласие на добровольной основе. Я понимаю, что могу отказаться подписывать данное согласие. Мой отказ подписывать данное согласие никак не повлияет на доступные мне в рамках медицинского обслуживания услуги или их оплату.

Я могу отозвать данное согласие в любое время. Я могу отозвать данное согласие, позвонив в Colorado Access по номеру 855-879-8286; при использовании TTY/TDD набирайте 888-803-4494 либо отправьте электронное письмо по адресу privacy@coaccess.com. Я понимаю, что в случае отзыва данного согласия он не будет касаться информации, доступ к которой был предоставлен до даты получения Colorado Access письменного подтверждения такого отзыва.

Я понимаю, что разрешение Colorado Access предоставлять доступ к информации обо мне подразумевает, что требование соблюдать конфиденциальность такой информации может не распространяться на лица или организации, получающие эту информацию.

Подпись участника или доверенного лица

Дата

Имя доверенного лица участника печатными буквами

Дата

Описание полномочий доверенного лица

Доверенные лица: если вы подписываете данное согласие от имени участника, вы должны приложить документ, подтверждающий ваши полномочия принимать медицинские решения от имени участника.

Несовершеннолетние лица: несовершеннолетние в возрасте от 15 лет могут посредством данной формы давать согласие на предоставление доступа к информации в сфере психического здоровья. Несовершеннолетние любого возраста могут посредством данной формы давать согласие на предоставление доступа к медицинской информации, связанной с: лечением заболеваний, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа; лечением при злоупотреблении алкоголем и/или наркотическими веществами; контрацепцией и услугами дородового ухода.

Если вам требуется этот документ напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в других форматах или на других языках, зачитанным вслух либо вам необходим еще один экземпляр, позвоните по номеру 800-511-5010. При использовании TDD/TTY набирайте 888-803-4494. Звоните с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Звонок бесплатный.

Si necesita este documento en letra grande, Braille, otros formatos o idiomas, o se lea en voz alta, o necesita otra copia, llame al 800-511-5010. Para TDD/TTY, llame al 888-803-4494. Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.