

## РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

### Важная информация

Чтобы план Partnership HealthPlan of California мог раскрывать вашу медицинскую информацию физическому или юридическому лицу, необходимо получить ваше разрешение. Заполните прилагаемую форму и отправьте ее по адресу:

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Northern Region  
3688 Avtech Pkwy  
Redding, CA 96002  
(530) 223-2508

**ИЛИ**

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Southern Region  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Факс: (707) 420-7580

Я поручаю и разрешаю плану **Partnership HealthPlan of California** раскрывать отмеченную ниже медицинскую информацию об указанном выше участнике плана следующему физическому или юридическому лицу:

Имя, фамилия:				
Адрес:				
Номер телефона:	(     )			
Факс:	(     )			
В следующих конкретных целях:	<input type="checkbox"/> Личное использование	<input type="checkbox"/> Юридическое требование	<input type="checkbox"/> Компенсация работникам	<input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание
	<input type="checkbox"/> Пригодность	<input type="checkbox"/> Нетрудоспособность	<input type="checkbox"/> Другое:	
Конкретные даты оказания услуги: (Факультативно)	С: _____ ПО: _____			

**Данное разрешение распространяется только на отмеченные ниже типы медицинской информации:**

**(ВНИМАНИЕ: Отмечая конфиденциальную информацию ниже, вы должны поставить свою подпись)**

Копии записей или медицинская информация, *за исключением* конфиденциальной медицинской информации.

Копии записей или медицинская информация, *включая* отмеченную ниже конфиденциальную медицинскую информацию.

<input type="checkbox"/> Лечение психических и поведенческих расстройств <hr/> Подпись участника или личного представителя	<input type="checkbox"/> Лечение заболеваний, передающихся половым путем <hr/> Подпись участника или личного представителя
<input type="checkbox"/> Лечение злоупотребления веществами <hr/> Подпись участника или личного представителя	Описание информации о лечении злоупотребления веществами: <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Медицинская информация, связанная с конкретным указанным поставщиком услуг:	<input type="checkbox"/> Медицинская информация, связанная с конкретным указанным лечением или состоянием:

### Срок действия разрешения

Срок действия данного разрешения истекает ровно через один год, если только вы не укажете иную дату.

Срок действия данного разрешения истекает в указанную дату или при наступлении следующего события (требуется дата): \_\_\_\_\_

### Подпись участника

Partnership HealthPlan of California и прочие организации и частные лица, такие как врачи, больницы и планы медицинского страхования, по закону обязаны защищать конфиденциальность вашей медицинской информации). Согласно закону штата Калифорния, получателю моей медицинской информации разрешается раскрывать и передавать ее только при наличии моего письменного согласия или в случаях, когда это требуется или разрешено законом.

Я также понимаю, что если я предоставляю разрешение на раскрытие моей медицинской информации кому-либо, кого закон не обязывает защищать ее конфиденциальность, далее эта информация может не защищаться федеральными законами о конфиденциальности.

#### **ВАШИ ПРАВА**

Данное разрешение на разглашение медицинской информации является добровольным. Лечение, оплата, зачисление в план страхования или оценка права на участие в плане не зависят от подписания данного разрешения за исключением следующих случаев:

- (1) осуществление лечения в рамках научного исследования;
- (2) получение информации в связи с соответствием критериям или зачислением в план медицинского страхования;
- (3) оценка обязательств лица по запросу на оплату;
- (4) создание медицинской информации для предоставления третьим лицам.

Вы в любое время можете отозвать данное разрешение, позвонив в Отдел обслуживания участников по телефону (800) 863-4155 или отправив подписанный вами запрос по адресу:

Partnership HealthPlan of California (PHC)  
c/o Member Services Department  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Факс: (707) 863-4415

Отзыв вступает в силу с момента его получения PHC. Однако ваш отзыв / аннулирование разрешения не повлияют на права лиц, действовавших на основании данного разрешения до получения уведомления о его отзыве / аннулировании.

Вы имеете право получить копию данного разрешения.

---

Подпись

---

Дата

---

Имя, фамилия печатными буквами

---

Кем приходится участнику