РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ДОСТУП К КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

_____

Фамилия Имя Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)

НАСТОЯЩИМ ДАЕТ РАЗРЕШЕНИЕ

_____

НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ АДРЕС: УЛИЦА ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВОЕ ОТДЕ ЛЕНИЕ

Предоставить конфиденциальную медицинскую информацию следующей организации:

_____

УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ (DPSS) НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ

_____

АДРЕС: УЛИЦА ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

СРОКИ ДЕЙСТВИЯ: Это разрешение действует до: _____/_____/20____

ИНФОРМАЦИЯ, ПОДЛЕЖАЩАЯ ДОСТУПУ

☐ Психическое состояние ☐ Другое (Уточните, пожалуйста) _____

_____ Я осознанно даю согласие на то, чтобы в мед.учреждении, оказывающем мне мед.услуги, заполнили и вернули форму ABP 1676-3 GRMH в DPSS для того, чтобы в DPSS могли определить мое право на получение пособий; это включает в себя предоставление DPSS информации в отношении любых нарушений психического состояния здоровья, дату возникновения этого состояния, то, насколько активно я занимался поиском лечения, ожидаемую продолжительность этого состояния; то, повлияет ли это на мою работоспособность или способность участвовать в тренировочных программах, связанных с работой. Я понимаю, что медицинская информация, использованная или доступная в результате подписания мною этого Разрешения, может быть повторно использована и более не защищена федеральным законом о конфиденциальности информации, относящейся к состоянию здоровья.

ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ ЭТОГО РАЗРЕШЕНИЯ:

Право получить копию этого Разрешения – Я понимаю, что если я подписал это разрешение, я получу подписанную копию этой формы.

УСЛОВИЯ: Я понимаю, что я могу отказаться подписывать это Разрешение, и это не повлияет на получение мною услуг от моего мед.учреждения, но это может повлиять на мое право на получение пособий, предоставляемых DPSS.

Я имел возможность ознакомиться и понять содержание этого Разрешения. Подписывая данное разрешение, я подтверждаю, что оно точно отражает мои пожелания.

_____

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА/ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ДАТА

_____

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)/ОТНОШЕНИЕ К УЧАСТНИКУ ДАТА

Право отменить это разрешение – Я понимаю, что у меня есть право отменить это Разрешение в любое время, письменно сообщив об этом в DPSS. Я могу использовать нижнюю часть этой формы как Отказ от Разрешения. Отправьте Отказ по почте или лично доставьте по следующему адресу:

Я также понимаю, что этот отказ не повлияет на способность DPSS или любого мед.учреждения использовать или предоставлять мед.информацию или аргументы, имеющие отношение к прежде данному Разрешению.

ОТКАЗ ОТ РАЗРЕШЕНИЯ

Подпись участника/Доверенного лица: **Дата:**

_____

Если подписано не участником, укажите отношение к нему и право на подпись: