|  |  |
| --- | --- |
| ***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* |