



Разрешение на раскрытие информации

Мы стремимся к сохранению конфиденциальности вашей информации.
Пожалуйста, внимательно прочитайте эту форму.

В помощи какого управления (-ий) Министерства здравоохранения и социальных услуг (DHHS) вы нуждаетесь?

Пожалуйста, отметьте нужное поле.

<input type="checkbox"/> Управление службы MaineCare	<input type="checkbox"/> Служба лечения наркотической зависимости и психических
<input type="checkbox"/> Управление по делам семьи и медицинской экспертизы	<input type="checkbox"/> Управление по делам детей и семьи
<input type="checkbox"/> Центр по борьбе с болезнями и их профилактике штата Maine	<input type="checkbox"/> Управление по проблемам старения и инвалидности
<input type="checkbox"/> Психиатрический центр Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> Управление административных слушаний
<input type="checkbox"/> Психиатрический центр Riverview	<input type="checkbox"/> Прочее:

Чья информация выдается? Пожалуйста, пишите разборчиво печатными буквами.

Имя лица	Дата рождения	Номер социального страхования	
Адрес проживания	Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон () -	Адрес электронной почты @		

Какую информацию следует сообщить Министерству здравоохранения и социальных услуг? Пожалуйста, отметьте нужное поле.

<p>Общее разрешение:</p> <p><input type="checkbox"/> Вся медицинская информация из управления (-ий) DHHS, указанного (-ых) выше</p> <p><input type="checkbox"/> Данные для оплаты медицинской помощи или требований оплаты (информация о посещениях медицинских работников)</p> <p><input type="checkbox"/> Выписка счета, оплата, доход, банковские операции, налог, активы или данные, необходимые для получения возможности использования льгот, предусмотренных программой DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Ограничиться следующей датой (-ами) или типом (-ами) информации: (например, «Лабораторный тест от 2 июня 2017 года» или «Требования оплаты от 2015-2017 гг.»)</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее: _____</p>	<p>Специальное разрешение: Направление на лечение от наркомании / алкоголизма или соответствующие услуги</p> <p><input type="checkbox"/> Включить всю информацию о наркотиках / алкоголе в публикацию</p> <p><input type="checkbox"/> Включить только конкретные указанные данные о наркотиках / алкоголе:</p> <p><input type="checkbox"/> Диагноз и лечение</p> <p><input type="checkbox"/> Клинические комментарии и выписки</p> <p><input type="checkbox"/> История или выписка по наркомании / алкогольной зависимости</p> <p><input type="checkbox"/> Информация об оплате или требовании оплаты</p> <p><input type="checkbox"/> Условия жизни и социальная поддержка</p> <p><input type="checkbox"/> Лекарства, дозировки или принадлежности</p> <p><input type="checkbox"/> Результаты лабораторных исследований</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее: _____</p>
<p>Специальное разрешение: Услуги по лечению психических / поведенческих расстройств</p> <p><input type="checkbox"/> Включить эту информацию в публикацию</p> <p><input type="checkbox"/> Перед публикацией я хочу пересмотреть свою запись о психическом / поведенческом состоянии. Я понимаю, что обзор будет контролироваться.</p> <p>Примечание: Закон штата Maine позволяет нам делиться этой информацией с другими поставщиками медицинских услуг и использовать ее в планах медицинского обслуживания для координации ухода за вами (оказания помощи по уходу), если мы приложим разумные усилия, чтобы уведомить вас об этой публикации.</p>	<p>Специальное разрешение: Статус / результаты тестирования на ВИЧ / СПИД</p> <p><input type="checkbox"/> Включить эту информацию в публикацию</p> <p>Примечание: Закон штата Maine требует от нас сообщать о возможных последствиях публикации информации о ВИЧ / СПИДе. Например, вы можете получить дополнительную помощь, если опубликуете эту информацию, но вы можете испытывать дискриминацию, если ваши данные используются неправильно. DHHS будет защищать ваши данные о ВИЧ и всю вашу информацию, как того требует закон.</p>

Вы просите DHHS отправить вашу информацию по ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ? Да.

Хотя DHHS обеспечивает конфиденциальность и защиту моей информации, я понимаю, что использование электронной почты и Интернета сопряжено с рисками, которые DHHS не может контролировать. Моя электронная почта может быть прочитана третьей стороной. Я ПРИНИМАЮ ЭТИ РИСКИ и прошу DHHS отправить мою информацию по электронной почте. **ИНИЦИАЛЫ ЗДЕСЬ** _____

Куда DHHS отправит вашу информацию по электронной почте? Пожалуйста, разборчиво и печатными буквами укажите адрес электронной почты:

Какова цель публикации? Пожалуйста, отметьте нужное поле или напишите ответ.

- Координировать или управлять моим уходом По юридическим вопросам, в том числе для дачи показаний
 Личный запрос Чтобы узнать, имею ли я право на получение пособий или страховки Прочее _____

Пожалуйста, отметьте нужное поле и разборчиво напишите печатными буквами ниже: Отправить мою информацию Получить мою информацию от:

Имя _____	Имя _____
Адрес _____	Адрес _____
Город, штат, почтовый индекс _____	Город, штат, почтовый индекс _____
Номер телефона Факс _____	Номер телефона Факс _____

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что:

- «Информация» может быть предоставлена в письменном, устном и / или электронном виде.
- Срок действия этой формы истечет через **один год** со дня, указанного ниже, если я не отзову (верну) свое разрешение раньше.
- Чтобы отзывать свое разрешение, я заполню форму отзыва, которая находится по адресу <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml>, и отправлю ее в управление, где я получаю услуги. Он не будет использовать информацию, которую DHHS уже опубликовало с моего разрешения.
- Если я отзову свое разрешение или откажусь от публикации всей или частичной информации, мой выбор может привести к неправильному диагнозу или лечению или к отказу от страхового покрытия.
- Я разрешаю людям и / или управлениям, указанным в этой форме, обмениваться информацией друг с другом для цели (-ей), указанной (-ых) в этой форме.
- Информация о здоровье от других поставщиков (таких как врачи, больницы и консультанты) в моем файле DHHS включена в эту публикацию.
- Если я не подаю заявку на получение пособий, DHHS не будет принимать решение о моем лечении, оплате услуг или предоставлении льгот (пособий) в зависимости от того, подпишу ли я эту форму.
- Отделения DHHS будут хранить мою конфиденциальную информацию в соответствии с требованиями закона. Если я решу поделиться своей информацией с другими лицами, от которых по закону не требуются сохранение конфиденциальности этой информации, она больше не будет защищена федеральными законами о конфиденциальности.
- Если в эту публикацию включены данные о лечении от алкоголизма или наркомании либо программе (расстройство употребления психоактивных веществ), DHHS уведомит о том, что такая информация не может быть повторно опубликована или распространена без моего письменного разрешения.

Я подписываю эту форму добровольно. У меня есть право на подписанную копию этой формы, если я запрошу ее.

Дата: _____ Подпись _____

Право подписи личного представителя: _____