

ОКРУГ ЛОС-АНДЖЕЛЕС  
УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА

Дата: \_\_\_\_\_  
Имя дела: \_\_\_\_\_  
Номер дела: \_\_\_\_\_  
Имя работника: \_\_\_\_\_  
ID работника: \_\_\_\_\_  
Номер телефона работника: \_\_\_\_\_  
ID клиента: \_\_\_\_\_

Разрешение на предоставление и использование  
закрытой/защищенной информации о здоровье

**ЦЕЛЬ ДАННОЙ ФОРМЫ:** Этой формой Управление соцобеспечения округа (DPSS) спрашивает у вас разрешения на получение информации о вашем здоровье. DPSS будет пользоваться этой информацией для определения полагаемых вам пособий.

**Заполнив и подписав эту форму:**

- Вы согласны, чтобы ваш врач или медицинский работник могли предоставить в управление соцобеспечения округа (DPSS) информацию о состоянии вашего здоровья.
- DPSS может предоставить эту информацию другим организациям.
- У вас есть право в любое время изменить ваше решение.

**Если вы примете решение не подписывать эту форму:**

- Это не повлияет на получение вами медицинских услуг.
- Это может повлиять на получение пособий DPSS.

ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_ ИМЯ \_\_\_\_\_ ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/YYYY) \_\_\_\_\_

**Я разрешаю (отметьте, пожалуйста все, что приемлемо):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic                 | <input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center                           |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center:                               | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center                                   |
| _____   | <input type="checkbox"/> JWCH, Inc.   |
| <input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena            | <input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center                                       |
| <input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center |
| <input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Center        | <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center                               |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center              | <input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic                        |
| <input type="checkbox"/> Mission City Community Network                   |   |
| <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center |   |

Другое: \_\_\_\_\_  
НАИМЕНОВАНИЕ ПРЕДПРИЯТИЯ АДРЕС (УЛИЦА / ДОМ) ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС (ZIP CODE)

**Сообщить информацию о моем здоровье в:**

УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА (DPSS) НАИМЕНОВАНИЕ ОФИСА \_\_\_\_\_

АДРЕС (УЛИЦА / ДОМ) \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

**Это разрешение действительно по:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
ДАТА ОКОНЧАНИЯ (ММ/ДД/YYY)

**Информация, разрешенная к выдаче (отметьте, пожалуйста все, что приемлемо):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Суммарный отчет о выписке.                    | <input type="checkbox"/> Психическое заболевание или оценка психического здоровья. |
| <input type="checkbox"/> Анамнез и медосмотр.                          | <input type="checkbox"/> Лечение наркозависимости или алкоголизма.                 |
| <input type="checkbox"/> Консилиум.                                    | <input type="checkbox"/> Симптомы ВИЧ/СПИД-а (HIV/AIDS).                           |
| <input type="checkbox"/> Операционный отчет.                           | <input type="checkbox"/> Венерические заболевания                                  |
| <input type="checkbox"/> Отчет по рентгенологии.                       | <input type="checkbox"/> Электрокардиограмма (EKG Report).                         |
| <input type="checkbox"/> Рентген-снимки.                               | <input type="checkbox"/> Электроэнцефалограмма (EEG Report).                       |
| <input type="checkbox"/> Лабораторные / Диагностические анализы.       | <input type="checkbox"/> Сводка об истории болезней и лечения.                     |
| <input type="checkbox"/> Хронология положительных результатов лечения. |  |
| <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста уточните):                 |  |
- 
- 

**У вас есть право получить копию этой формы.** Если вы подпишитесь под этой формой, вы получите подписанную копию данной формы.

**Если вы откажетесь подписаться под этой формой :**

- Это не повлияет на услуги, предоставляемые вашим мед.работником.
- Это может повлиять на ваше право получения пособий DPSS.

\_\_\_\_\_ Я понимаю и согласен, что мой мед.работник может предоставить в DPSS информацию о моем здоровье. DPSS воспользуется этой информацией, чтобы определить мое право на получение пособий.

\_\_\_\_\_ Я понимаю, что DPSS может поделиться отработанной или выданной информацией с другими организациями, потому что я подписался под этой формой. Если такое произойдет, моя информация больше не будет защищена государственным законом о неразглашении информации о здоровье.

У меня была возможность просмотреть и понять эту форму. Подписавшись здесь, я подтверждаю , что все здесь указанное действительно соответствует моим пожеланиям.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЛЕГАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ      ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ      ДАТА (ММ/ДД/YYYY)

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ      ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ /КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПАЦИЕНТУ      ДАТА (ММ/ДД/YYYY)

## **ЕСЛИ ВЫ ИЗМЕНИТЕ ВАШЕ РЕШЕНИЕ**

**Вы всегда вправе изменить ваше решение.** Если вы изменили ваше решение после того, как заполнили и подписали эту форму, вы должны письменно сообщить об этом в DPSS. Вы можете это сделать следующим образом:

- Подписать аннулирование разрешения.
- Отправить почтой или доставить лично эту подписанную форму по следующему адресу:

## **АННУЛИРОВАНИЕ РАЗРЕШЕНИЯ**

Настоящим я аннулирую разрешение, данное мною прежде. Я понимаю, что DPSS может воспользоваться и предоставить другим организациям уже полученную от моего мед-работника информацию.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ  
ЛЕГАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА (ММ/ДД/YYYY)