

Сведения о пациенте

ФИО (печатными буквами): _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

НОМЕР медкарты (MRN): _____ Эл. почта: _____

Формат предоставления: Бумажный Электронный Электронный на носителе (CD-ROM) Устный (беседа)

Предоставитель информации: MultiCare Health System PACE Только Navos Только Greater Lakes

Другой: ФИО/Организация: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Факс: _____

Адрес: _____

Получатель информации: ФИО/Организация: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____ Факс: _____

Адрес: _____

Цель предоставления: Медицинская Личная Согласно закону / для следствия / для суда Для выставления счёта Для страхования

Другая: _____

Предоставляемая информация: _____

Выберите допустимые для раскрытия типы информации.

П = психиатрия

Общие данные медицинской карты-----ИЛИ-----Только указанные документы (записи) из

УПВ = расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (SUD)

медицинской карты

Данные из клиники (в том числе: данные регистратуры, лаборатории, рентгенологии, рецепты и прививки)

Данные из больницы (в том числе: анамнез и обследование, выписной эпикриз, протокол операции, консультации данные неотложной помощи, лаборатории, рентгенологии)

Доступ к записям

Протокол гистологического исследования

Данные о выставленных счетах

Протокол отделения неотложной помощи

Выписной эпикриз

Анамнез и обследование

Записи о прививках

Протокол операции

Записи об уходе

Отчет рентгенологии

Записи о препаратах

Рентгеновские снимки и носители

Данные о выздоровлении / клинические протоколы

Отчеты лаборатории

Реабилитационная терапия (ЛФК/ЭТ/ЛЛ)

Другое (укажите): _____

П результаты приема/введения препаратов

П протоколы / данные о препаратах

Данные о препаратах / психиатрической оценке

П протоколы программы/группы

Психиатрическая оценка

П планы лечения / отчеты

П данные о лечении / посещениях пациента

П Записи кризисных специалистов (DCR), принудительного лечения

П планы выхода из кризиса

П выписной эпикриз

П расписание приемов и подтверждение посещений

Участие в П назначении препаратов

Финансовые/демографические данные

Лабораторные заключения

Индивидуальный учебный план (раздел 504)

УПВ Оценка / исследование

УПВ результаты исследования

УПВ Рекомендации по лечению

УПВ Протокол лечения с использованием препаратов

УПВ планы лечения / отчеты

УПВ Отчеты о проверках посещений / выполнении требований

УПВ Записи о программе / группе

Результаты контроля употребления препаратов / анализ мочи

УПВ Планы выхода из кризиса

УПВ выписной эпикриз

УПВ Данные о назначенных приемах с подтверждениями посещений

Заполнение онлайн-формы отдела лицензирования

Данные по отдельным состояниям и датам получения услуг: _____

Передача медицинских данных и анамнеза в устной форме: _____

Специальная информация: я разрешаю в этот раз включить в состав предоставляемой следующую информацию (**поставьте подпись для каждого разрешенного типа**)

_____ О заболеваниях, передающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД

_____ О психическом и поведенческом здоровье

_____ О расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ

_____ О генетических исследованиях и маркерах

*** ВНИМАНИЕ! Если этот раздел не заполнен, данные соответствующих типов (при их наличии), переданы не будут. ***

НЕОБХОДИМА ПОДПИСЬ НА СТР. 2

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name: _____

MRN #: _____

CSN #: _____

Age / Sex & Gender: _____

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ (ЗАЩИЩЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ИНФОРМАЦИЯ — PHI)**

MultiCare 

Страница 1 из 2



87-8455-5e A RU (Rev. 11/23)

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (ЗАЩИЩЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ — PHI) (продолжение)

Права пациента и примечания:

1. После предоставления организацией MultiCare вашей медицинской информации, она может быть раскрыта получателем и утратить защиту по закону о личной информации. Отдельные виды информации могут продолжать оставаться под защитой, например сведения о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и о психическом здоровье.
2. Это разрешение может быть отозвано в любой момент. Для этого необходимо отправить электронное письмо по указанному ниже адресу. Отзыв разрешения не имеет обратного влияния на действия, предпринятые ранее при наличии разрешения.
3. Организация MultiCare не требует заполнения данного разрешения для получения медицинских услуг или предпочтений. Однако подписание данного разрешения может быть необходимо, если получение медицинских услуг или участие в исследовании связано с созданием или сбором медицинской информации.
4. Я понимаю, что такой запрос данных может быть платным. Перед тем, как данные будут предоставлены, мне должны сообщить приблизительную стоимость данной услуги. Дополнительная информация о стоимости доступна по адресу www.multicare.org/medical-records/

Срок действия:

Данное разрешение действительно в течение 365 дней от даты подписания или до даты или события, указанных ниже: _____

Подпись:

Пациент/представитель: _____ Дата/время: _____

Заверитель: _____ Подпись несовершеннолетнего: _____

(Подпись лица и дата)

Если требуется вторая подпись для несовершеннолетнего

Если разрешение подписано представителем лица, необходимо указать основание правомочности действий представителя.

ФИО печатными буквами и дата: _____ Кем приходится: _____

ОТЗЫВ

Данное разрешение можно отозвать с помощью письменного заявления. Вы можете позвонить в одно из указанных отделений или получить дополнительную информацию о нужной больнице на сайте <https://www.multicare.org/medical> в разделе «Health Information Management (Medical Records) Locations» (адреса регистратур). Отзыв вступает в силу с момента его получения, но не имеет обратной силы для переданной ранее информации или для услуг, оказанных на условиях предоставления такого разрешения.

Inland Northwest Deaconess Hospital: 509-473-7421

Greater Lakes Mental Health: 253-620-5150

Inland Northwest Rockwood Clinic: 509-342-3955

Navos: 206-257-6609

Inland Northwest Valley Hospital: 509-473-5431

MultiCare Behavioral Health: 253-697-8530

Puget Sound MultiCare Hospitals: 253-403-2433

СОГЛАСИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Подпись несовершеннолетнего пациента необходима для предоставления медицинской информации о следующем: 1) услуги в связи с беременностью и контрацепцией; 2) заболевания, передающиеся половым путем (включая ВИЧ/СПИД), если несовершеннолетнему не менее 14 лет; 3) направление, диагностирование, лечение расстройств, связанных с употреблением психотропных веществ (при дееспособности лица возрастом до 13 лет необходимы две подписи: его и опекуна); 4) амбулаторное лечение психического здоровья при возрасте несовершеннолетнего не менее 13 лет.

ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В MULTICARE

- Был ли принят этот запрос, и состоялась ли передача медицинских данных внешнему поставщику? [] ДА [] НЕТ
- Был ли этот запрос направлен внешнему поставщику или больнице для получения информации? [] ДА [] НЕТ
- Предназначено ли данное разрешение для устного обмена информацией /периодических обсуждений, и требуется ли оно только для консультаций? [] ДА [] НЕТ

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (ЗАЩИЩЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ — PHI)

MultiCare 

Страница 2 из 2



87-8455-5e A RU (Rev. 11/23)