

**РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ НЙРАА****[Настоящая форма одобрена Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк]**

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	Номер по системе социального обеспечения
Адрес пациента		

Я, или же мой уполномоченный представитель, настоящим ходатайствую о том, чтобы информация об уходе за мной и о моем лечении раскрывалась в соответствии с инструкциями, приведенными в настоящей форме:

В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк, а также в соответствии с правилом о конфиденциальности (Privacy Rule) Закона о праве сохранения и о защите данных о медицинском страховании (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 1996, я понимаю, что:

1. Такое разрешение может предусматривать раскрытие информации в отношении **ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫМИ НАПИТКАМИ** и **НАРКОТИКАМИ, ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**, за исключением данных в отношении психотерапевтического лечения, а также **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ\*** только в том случае, если я поставлю свои инициалы в соответствующей строке настоящей формы в пункте 9(а). В том случае, если описанная ниже информация в отношении состояния моего здоровья будет содержать элементы любых из указанных выше видов информации, и, при этом, я поставлю свои инициалы в соответствующем поле в пункте 9(а), я отдельно даю разрешение на предоставление такой информации лицу(-ам), обозначенному(-ым) в пункте 8.
2. Если я даю разрешение на раскрытие информации в отношении ВИЧ, лечения в связи с употреблением алкоголя или наркотиков, а также информацию в отношении лечения психических состояний или заболеваний, то ее получателю запрещено дальнейшее/повторное раскрытие такой информации без моего согласия за исключением случаев, когда такое раскрытие разрешено федеральным или региональным (уровень штата) законодательством. Я понимаю, что я имею право запросить о предоставлении списка лиц/учреждений, которые могут получать мою информацию в отношении лечения ВИЧ без моего разрешения. Если я столкнусь с проявлениями дискриминации в связи с распространением или раскрытием информации, относящейся к ВИЧ, я могу связаться с Бюро по правам человека в штате Нью-Йорк (New York State Division of Human Rights) по телефону (212) 480-2493 или с Комиссией по правам человека в городе Нью-Йорк (New York City Commission of Human Rights) по телефону (212) 306-7450. Эта организации ответственны за обеспечение соблюдения моих прав.
3. Я имею право отозвать это разрешение в любое время, подав соответствующий письменный запрос указанному ниже поставщику медицинских услуг. Я понимаю, что мое решение об отзыве настоящего распоряжения не будет действовать в отношении соответствующих мер по раскрытию информации, уже принятых на основании настоящего разрешения.
4. Я понимаю, что я подписываю настоящую форму исключительно по собственному желанию. Подписание мной настоящей формы в отношении раскрытия моей медицинской информации ни коим образом не влияет на мое лечение, требования по оплате услуг, условия регистрации в плане медицинского страхования или на мои права на льготное /страховое обслуживание.
5. Информация, которая будет раскрыта на основании настоящего разрешения, может быть повторно раскрыта ее получателем (если такое раскрытие не противоречит условиям, указанным в пункте 2), и в результате такого повторного раскрытия эта информация более не будет защищена федеральным или региональным (уровень штата) законодательством.
6. **НАСТОЯЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ДАЕТ ВАМ ПРАВА ОБСУЖДАТЬ МОЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ЖЕ МОЙ МЕДИЦИНСКИЙ УХОД С КЕМ БЫ ТО НИ БЫЛО, КРОМЕ ЮРИСТА/АДВОКАТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОБОЗНАЧЕННЫХ В ПУНКТЕ 9 (b).**

7. Имя и фамилия/название поставщика медицинских услуг, уполномоченного раскрыть информацию:

8. Имя и фамилия, адрес лица(лиц) или категория/статус лица, которому(-ым) эта информация будет направлена:

9(a). Информация, подлежащая раскрытию:

- Медицинская информация за период с (вставить дату) \_\_\_\_\_ по (вставить дату) \_\_\_\_\_
- Вся медицинская информация, в том числе истории болезней, административные записи (за исключением записей, относящихся к психотерапевтическому лечению), результаты анализов, рентгенологические исследования, снимки, направления, результаты консультаций, информация в отношении выставления счетов за обслуживание, данные в отношении страхования, а также данные, направленные вам другими поставщиками медицинских услуг.
- Другое: \_\_\_\_\_ В том числе: *(обозначьте инициалами)*
- \_\_\_\_\_ **Информация о лечении в связи с употреблением алкоголя/наркотиков**
- \_\_\_\_\_ **Информация о лечении психиатрических заболеваний/психических состояний**
- \_\_\_\_\_ **Информация в отношении ВИЧ**

**Разрешение обсуждать информацию - информация о состоянии здоровья**

- (b).  Указав свои инициалы в этой строке \_\_\_\_\_, я разрешаю \_\_\_\_\_
- Инициалы \_\_\_\_\_ Имя и фамилия индивидуального поставщика услуг \_\_\_\_\_
- обсуждать информацию, относящуюся к состоянию моего здоровья, с моим юристом/адвокатом, а также с государственными/официальными организациями, указанными ниже:
- \_\_\_\_\_
- (Имя и фамилия юриста/адвоката/название адвокатской конторы или государственной/официальной организации)

10. Причины раскрытия информации: <input type="checkbox"/> Запрос лица <input type="checkbox"/> Другое:	11. Дата или событие, в которую/в случае наступления которого это разрешение потеряет свою силу:
12. Если форма подписана не пациентом, имя и фамилия лица, подписавшего форму:	13. Полномочия, дающие право подписи от имени пациента:

Все пункты, приведенные в настоящей форме, заполнены, и на свои вопросы в отношении настоящей формы я получил(а) ответы. Также мне была предоставлена копия формы.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись пациента или законного уполномоченного представителя

\* **Вирус иммунодефицита человека, который приводит к заболеванию СПИДом. Закон об общественном здравоохранении в штате Нью-Йорк (New York State Public Health Law) защищает информацию, которая может объективно использоваться для установления личности лица, имеющего симптомы или инфекцию ВИЧ, а также контактную информацию лиц.**

Инструкции по использованию удовлетворяющей требования  
и условиям закона HIPAA формы разрешения на раскрытие  
информации о состоянии здоровья пациента, необходимой в  
рамках судебных разбирательств (Authorization Form to Release  
Health Information Needed for Litigation)

Данная форма создана в результате сотрудничества между Бюро по вопросам судебного управления штата Нью-Йорк (New York State Office of Court Administration), представителями сообщества поставщиков медицинских услуг в штате Нью-Йорк, а также судьями и адвокатами, целью которого определялось создание стандартной официальной формы, соответствующей требованиям в отношении конфиденциальности, приведенным в федеральном Законе о праве сохранения и о защите данных о медицинском страховании (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) и предусмотренным исполнительными распоряжениями по его применению, которая бы использовалась для оформления разрешения на раскрытие информации о состоянии здоровья, необходимой для использования в судах штата Нью-Йорк. Кроме того, форма может применяться и более широко, в частности, до начала судебного разбирательства либо в любой момент, если юридические специалисты посчитают ее использование целесообразным.

Целью создания формы определялась разработка стандартной официальной формы, соответствующей требованиям закона HIPAA, которая положила бы конец ведущимся спорам о соответствии запросов о предоставлении информации о состоянии здоровья, поданных в рамках судебных разбирательств, требованиям и условиям Правила о конфиденциальности (Privacy Rule) закона HIPAA. Необходимо отметить, что форма не является обязательной. Форму можно заполнить онлайн и выгрузить/распечатать, чтобы подписать, либо выгрузить, распечатать, заполнить и подписать форму на бумаге.

Заполняя пункт 11, в котором запрашивается дата или событие, в которую/по наступлении которого действие разрешения будет прекращено, лицо, заполняющее форму, может, в качестве события, указать «после завершения рассмотрения моего дела в суде» или же указать определенный период времени, ориентированной на конкретную дату, например «через 3 года от этой даты».

Если пациент хочет дать разрешение на раскрытие всей информации о состоянии его здоровья, но только с определенной даты, необходимо отметить оба первых поля пункта 9(a) и указать соответствующую дату в первой строке, в которой приведено первое поле.