



Adventist Health
Portland

MR1470



Adventist Health Portland

РАСПЕЧАТАТЬ

Удалить данные

НОМЕР СЧЕТА
НОМЕР МЕД. КАРТЫ
ФИО
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Страница 1 из 1

Идентификация пациентов

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В OHSU HEALTH MYCHART ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ADVENTIST HEALTH PORTLAND

ВСЕ РАЗДЕЛЫ НАСТОЯЩЕЙ ФОРМЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ, В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ БУДЕТ ПРИНЯТО.

Настоящим я, _____, разрешаю Adventist Health Portland раскрывать
(Имя пациента)

и предоставлять доступ к информации о моем состоянии здоровья в системе **OHSU Health MyChart** и через нее
следующему лицу: _____

(Имя уполномоченного получателя)

с целью оказания помощи и/или участия в моем лечении. **Я понимаю, что разрешение на раскрытие моей медицинской информации и предоставление доступа к ней другому лицу путем подписания настоящей формы дает такому другому лицу такой же доступ к медицинской информации и услугам, представленным в OHSU Health MyChart, какой имеется у меня.**

Я понимаю, что если я не желаю, чтобы со стороны Adventist Health Portland раскрывались какие-либо из перечисленных ниже типов информации моему уполномоченному получателю, то не нужно подписывать настоящую Форму разрешения. Я понимаю, что неподписание настоящей Формы разрешения не отразится отрицательно на получении мною медицинских услуг или компенсации за услуги.

Если я **хочу** пользоваться системой MyChart, разрешив указанному выше лицу получать и иметь доступ ко **всей** моей медицинской информации, включая информацию о ВИЧ, психическом здоровье, генетическом обследовании и злоупотреблении психоактивными веществами (независимо от того, существует ли такая информация или содержится в моих записях), я поставлю свои **инициалы** в каждом из приведенных ниже полей:

- _____ Информация о ВИЧ/СПИДе
- _____ Информация о психическом здоровье
- _____ Информация о генетическом обследовании
- _____ Информация о диагностике, лечении или направлении на лечение наркомании/алкоголизма

Я понимаю, что, проставляя свои инициалы в каждом из указанных выше полей, я разрешаю Adventist Health Portland раскрывать эти типы информации и предоставлять доступ к ним вышеуказанному уполномоченному получателю.

Я понимаю, что информация, использованная или раскрытая в соответствии с настоящим разрешением, может быть повторно раскрыта и может перестать быть защищенной согласно федеральному законодательству. Я также понимаю, что федеральное законодательство или законодательство штата может ограничить повторное раскрытие информации о ВИЧ/СПИДе, информации о психическом здоровье, генетической информации и информации о диагностике, лечении или направлении на лечение наркомании/алкоголизма.

Я понимаю, что могу отозвать или отменить настоящее разрешение в письменной форме в любое время. Если я отзову или отменю настоящее разрешение, моя медицинская информация в системе MyChart больше не будет раскрываться уполномоченному мной лицу или данное лицо к ней не будет иметь доступа. Я понимаю, что любой факт использования или раскрытия информации с моего разрешения не может быть отменен.

Настоящее разрешение мной прочитано, и я понимаю его содержание.

Подпись: _____ Дата: _____ Время: _____
(Подпись пациента или личного представителя)

Описание полномочий личного представителя: _____

Срок действия настоящего разрешения истекает после закрытия учетной записи OHSU Health MyChart, если оно не было отозвано раньше.

Чтобы отозвать или аннулировать разрешение, направьте письменное заявление в клинику, в которой вы изначально получили доступ к OHSU Health MyChart, и укажите, что вы отзывате разрешение. Чтобы немедленно заблокировать доступ к записям в MyChart, следуйте процедуре, описанной в инструкции к MyChart.

MyChart

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ.

ИНСТРУКЦИИ:

Форма разрешения позволяет компании Adventist Health Portland предоставлять другому назначенному вами лицу доступ к информации о вашем состоянии здоровья через службу MyChart. Разрешение необходимо для того, чтобы компания Adventist Health Portland могла раскрывать определенные типы информации другому лицу, кроме вас.

Подписывать разрешение не обязательно.

Если вы **не** подпишете разрешение, Adventist Health Portland не сможет раскрыть вашу медицинскую информацию через систему MyChart никакому другому лицу, кроме вас.

Если вы **подпишете** разрешение, служба MyChart позволит лицу (которое вы назначили и уполномочили получать информацию о вашем состоянии здоровья и иметь к ней доступ) получить доступ ко **всей** информации о вас, хранящейся в системе MyChart. Служба MyChart не может заблокировать или предотвратить просмотр таким другим лицом (уполномоченным вами) отдельных типов или категорий информации, включенной в ваши медицинские записи, будь то информация о времени и дате вашего последнего приема, результатах лабораторных анализов или информация, которая может быть особо защищена законом. В связи с тем, что MyChart не может заблокировать или скрывать отдельные категории или определенные типы информации (включая особо защищенную законом информацию, которая может быть включена в ваши записи MyChart), вы должны разрешить компании Adventist Health Portland раскрывать и предоставлять доступ ко **всей** вашей медицинской информации, содержащейся в MyChart, лицу, которое вы указали и уполномочили, чтобы компания Adventist Health Portland предоставляла услугу MyChart такому другому лицу (уполномоченному вами).

В штате Орегон информация о ВИЧ, психическом здоровье, генетическом обследовании и злоупотреблении психоактивными веществами строго защищена законом. В зависимости от обстоятельств, закон может потребовать от Adventist Health Portland специальное разрешение на раскрытие такой информации. Если у вас есть медицинская информация или записи, содержащие или относящиеся к ВИЧ, психическому здоровью, генетическому обследованию или злоупотреблению психоактивными веществами, закон может потребовать от Adventist Health Portland вашего специального разрешения на раскрытие такой информации, прежде чем Adventist Health Portland сможет раскрыть такую информацию или предоставить доступ к ней определенным лицам, кроме вас.

Чтобы фактически разрешить компании Adventist Health Portland раскрывать **всю** вашу медицинскую информацию, содержащуюся в MyChart, и предоставлять доступ к ней, вы должны дать компании Adventist Health Portland специальное разрешение раскрывать любую информацию о ВИЧ, психическом здоровье, генетическом обследовании и злоупотреблении психоактивными веществами, независимо от того, существует ли такая информация или включена в ваши записи. В Форме разрешения есть поля, в которых вы можете проставить свои инициалы, чтобы дать Adventist Health Portland специальное разрешение на раскрытие такой информации.

Неподписание вами настоящего разрешения не отразится на вашей возможности получать медицинские услуги или компенсацию за них. Единственное обстоятельство, при котором отказ от подписания разрешения означает, что вы не получите медицинские услуги, — это случаи, когда медицинские услуги оказываются исключительно с целью предоставления медицинской *информации* другому лицу (например, работодателю или страховщику), и разрешение необходимо для того, чтобы компания Adventist Health Portland осуществила такое раскрытие *информации*.

Ваш отказ от подписания разрешения не может отрицательно отразиться на вашем участии в медицинском плане или праве на получение медицинских льгот, за исключением случаев, когда раскрытие информации, на которое требуется разрешение, необходимо для определения вашего права на участие в медицинском плане.

Вы можете в любое время отозвать или отменить разрешение в письменном виде. Если вы отзовете или отмените свое разрешение, ваша медицинская информация в системе MyChart больше не будет раскрываться уполномоченному вами лицу или данное лицо не будет иметь доступа к ней. Безусловно, любой факт использования или раскрытия информации с вашего разрешения не может быть отменен.

Чтобы отозвать или аннулировать разрешение, пожалуйста, направьте письменное заявление в клинику, в которой вы изначально получили доступ к OHSU Health MyChart, и укажите, что вы отзываете разрешение. Чтобы немедленно заблокировать доступ к записям в MyChart, войдите в MyChart и нажмите на ссылку "View Others Accounts" («Просмотреть другие учетные записи»), которая появится на главной странице MyChart, и нажмите на ссылку "Revoke Access" («Отозвать доступ») того лица, для которого вы хотели бы отменить доступ (этот тип отмены действует немедленно)