



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services /
Medical Correspondence
 3181 SW Sam Jackson Park Rd.
 Mail Code: OP17A
 Portland, OR 97239-3098
 (503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

Страница 1 из 1

ACCOUNT NO.
 MED. REC. NO.
 NAME
 BIRTHDATE

Patient Identification

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ПЕРЕДАЧУ ЗАКРЫТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
ВСЕ РАЗДЕЛЫ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕННЫ, ИНАЧЕ ОНО ПРИНЯТО НЕ БУДЕТ.

Я разрешаю: _____
 (Имя человека/функция/название организации, передающей информацию)

 (Адрес человека/функция)

 (Город)

 (Штат)

 (Почтовый индекс)

использовать и передавать электронную копию документации с конкретной медицинской информацией, указанной ниже, за исключением пометки мною следующего квадрата: ☐ печатная форма копии. Передача информации касается

 (Имя и фамилия личности)

и содержит следующие сведения: (смотрите формулировки на обороте) _____ Заключения врачей _____ Рентгенограммы

_____ Анализы _____ СП _____ Счета _____ Другое (укажите конкретно) _____

_____ Если необходима история амбулаторного лечения, укажите, пожалуйста, специализацию(и) / клинику(и).

_____ (смотрите на обороте список специализаций/клиник)

Кому: _____

 (Имя и фамилия получателя)

 (Адрес получателя)

 (Город)

 (Штат)

 (Почтовый индекс)

с целью: (Укажите каждое назначение передачи) _____ Продолжительного ухода _____ Правовой _____ Инвалидности
 _____ Поступления в школу _____ Другой (укажите конкретно) _____

Если информация, предназначенная к передаче, содержит любую из перечисленной ниже документации или информации, то относительно использования и передачи этой информации могут быть применимы дополнительные законы. Я понимаю и согласен с тем, что эта информация будет передана только в том случае, если я проставлю свои инициалы в соответствующем месте, отведенном перед названием информации.

_____ Информация о ВИЧ/СПИДе

_____ Информация о психическом состоянии

_____ Информация о генетическом анализе

_____ Информация о диагнозе наркотической/алкогольной зависимости, лечении или направлении на лечение

Вам необязательно подписывать данное разрешение. Отказ подписать разрешение не скажется отрицательно на Вашем праве на получение медицинского обслуживания или покрытие расходов на него. Однако, если медицинское обслуживание предоставляется с единственной целью обеспечения кого-либо медицинской информацией, и для осуществления передачи этой информации необходимо разрешение, отказ от подписи будет означать, что Вы не получите медицинское обслуживание. Ваш отказ подписать данное разрешение не скажется отрицательно на записи Вас на медицинский план или праве на покрытие медицинских расходов, кроме тех случаев, когда разрешенная к передаче информация необходима для установления Вашего права на запись на медицинский план.

Вы можете в любое время в письменной форме отменить данное разрешение. Если Вы отмените свое разрешение, приведенная выше информация больше не сможет быть использована или передана для перечисленных в этом письменном разрешении целей. Невозможно дать обратный ход никакому осуществленному с Вашего разрешения использованию или передаче информации.

Для отмены данного разрешения пошлите заявление в письменной форме по адресу: Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098, и заявите об отмене Вами данного разрешения.

Я понимаю, что использованная или переданная в соответствии с этим разрешением информация может подлежать повторной передаче, и уже не будет защищена в соответствии с федеральным законом. Однако я понимаю также, что федеральный закон или закон штата может ограничить повторную передачу информации о ВИЧ/СПИДе, психическом состоянии, генетической информации и информации о наркотической/алкогольной зависимости, лечении или направлении на лечение.

Я прочитал(а) данное разрешение и понимаю его сущность.

Срок действия данного разрешения истекает через год со дня его подписания (если оно не будет отменено), или согласно указанному ниже сроку (внесите соответствующую дату или событие _____)

Подписано: _____
 (подпись лица или личного представителя) _____ Дата _____ Время _____

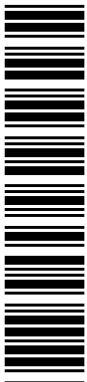
Описание полномочий личного представителя: _____

RUSSIAN VERSION

AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

ONLINE 5/13 (Supersedes 6/11)

MR-4640



MR1470



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services /
Medical Correspondence
3181 SW Sam Jackson Park Rd.
Mail Code: OP17A
Portland, OR 97239-3098
(503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

Продолжение стр. 1

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

ФОРМУЛИРОВКА ЗАКЛЮЧЕНИЙ:

- Заключение врачей включают краткую справку о выписке, историю болезни и результаты медицинского обследования, любые процедуры или операции
- Рентгенограммы включают рентгеновские снимки, снимки УЗИ, магнитно-резонансной томографии и снимки специализированной томографии
- Анализы – результаты всех лабораторных анализов
- СП – заключения врача отделения скорой помощи
- Счета – информация по счетам больницы и/или клиники
- Иммунизация – полный перечень прививок
- Другое – конкретно укажите не перечисленную информацию

ONHSU СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

Взрослая Психиатрия
Аллергия и Иммунология

Антикоагуляция
Аудиология
Кости и Минералы
Пересадка Костного Мозга/ Лейкемия
Кардиология
CDRC Юджин
Центр Женского Здоровья
Детская и Подростковая Психиатрия
Детское Развитие и Реабилитация (CDRC)
Дерматология
Хирургическая Дерматология Диабет
Здоровье Пищеварительной Системы
Здоровье Рабочего Персонала
Западное Отделение Педиатрии Больницы им.
Дорнбеккера
Эндокринология
Здоровье Руководящих Работников
Терапевтическое Отделение на Маруам Хилл
Габриель Парк
Гастроэнтерология
Общая Педиатрия
Общая Хирургия
ЖК/Гепатология
Улучшение Состояния Здоровья и
Спортивная Медицина
Гематология/Онкология

Программа по Психиатрии Различных Культур
Внутренние Заболевания
Найт Раковый Центр /
Онкологический/Гематологический Диспансер
Липиды
Пересадка Печени
Ординаторы Маркуам Хилл
Нефрология и Гипертония
Неврология
Неврохирургия
Орегон Сити
Ортопедия
Отоларингология
Противоболевой Центр Общего Назначения
Детская Гематология/ Онкология
Специализированная Педиатрия
Акушерство?
Пластическая Хирургия

Лёгочные Заболевания
Радиационная Онкология
Пересадка Почек
Ревматология
Ричмонд
Риверплэйс
Скапуз
Селлвуд
Расстройства Сна
Хирургическая Онкология
Урология
Сосудистая Хирургия
Инфекционные болезни