

АВТОРИЗАЦИЯ НА ПЕРЕДАЧУ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Заполните одну форму на каждого пациента только для использования во Флориде



ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

Имя _____

Дата рождения _____

Улица Город, Штат, Почтовый индекс _____

Социальное страхование (Social Security) _____

Адрес электронной почты _____

Номер телефона _____

ОТПУСКАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАПИСИ ИЗ:

ОТПУСКАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАПИСИ К:

Имя _____

Имя _____

Номер телефона _____

Номер телефона _____

Улица Город, Штат, Почтовый индекс _____

Улица Город, Штат, Почтовый индекс _____

Адрес электронной почты / Номер факса _____

Адрес электронной почты / Номер факса _____

ДАТЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ: (ОБЯЗАТЕЛЬНО) ____ / ____ / ____ до ____ / ____ / ____

ТРЕБУЕМЫЕ ДЛЯ ВЫПУСКА МЕДИЦИНСКИЕ ЗАПИСИ (ОБЯЗАТЕЛЬНО):

Визиты в офисе Отчеты рентгенологии Отчеты патологии Изображения
 ЭКГ Отчеты лаборатории Резюме выписки Другие _____

ЦЕЛЬ ВЫПУСКА: (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Передача Заботы Новому Поставщику Услуг - Вы должны уведомить своего Страховщика о Смене Поставщика Услуг (ИНИЦИАЛЫ): _____

Личное Направление к Специалисту Определение Инвалидности Страхование
 Юридическое Расследование Другое (укажите) _____

(ОБЯЗАТЕЛЬНО) Я СОГЛАСЕН Я НЕ СОГЛАСЕН на предоставление информации, связанной с СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или ВИЧ-инфекцией (вирусом иммунодефицита человека), психиатрическим уходом и/или психологической оценкой, а также лечением от алкогольной или наркотической зависимости (ИНИЦИАЛЫ): _____

ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ИЛИ ПАЦИЕНТА (ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ):

Я признаю, что я являюсь законным представителем или уполномоченным лицом указанного выше пациента. Подписываясь ниже, я авторизую передачу и раскрытие защищенной медицинской информации о пациенте. Эта авторизация действительна на протяжении 12 месяцев с даты подписи. Я понимаю, что могу отменить этот запрос письменным уведомлением, и это не повлияет на любую информацию, предоставленную до уведомления об отмене. Я понимаю, что использованная или раскрытая информация может быть передана повторно лицом или учреждением, получившим ее, и она более не будет защищена федеральными нормативами. Я понимаю, что медицинский представитель, которому разрешено предоставить эту информацию, не может условить свое лечение в отношении меня от того, подпишу ли я эту авторизацию.

Подпись Законного Представителя/Пациента старше 18 лет _____

Дата _____

Фамилия и Имя Законного Представителя/Пациента старше 18 лет _____

Отношение к Пациенту _____