

1. **Имя пациента (фамилия, имя):** _____

Дата рождения или номер медицинской карты (U#): _____

Адрес: _____ **Город:** _____ **Штат:** _____ **Почтовый индекс:** _____

2. **Учреждение, заполняющее документацию:**
Центр имени Фреда Хатчинсона ☐ **ИЛИ** **Мед.учреждение/Клиника/Прочее:** _____

Адрес: _____ **Город:** _____ **Штат:** _____ **Почтовый индекс:** _____

Телефон: _____ **Факс:** _____

3. **Получатель документации:**
Самолучно ☐ **ИЛИ** **Имя получателя:** _____

Адрес: _____ **Город:** _____ **Штат:** _____ **Почтовый индекс:** _____

Телефон: _____ **Факс:** _____ **Электронная почта:** _____

4. **Формат документации:**
☐ Факс ☐ MyChart ☐ Почта/бумажный документ ☐ CD/DVD ☐ Электронная почта ☐ USB

5. **Назначение:**
☐ Непрерывность медицинской помощи ☐ Личное пользование ☐ Страхование/Нетрудоспособность
☐ Юридическая документация ☐ Другое (указать) _____

6. **Тип документации (отметьте все, что применимо):**
☐ Записи, сделанные в клинике ☐ Результаты лабораторных/гистологических анализов
☐ Расшифровка рентгенограмм ☐ Диск с рентгенограммами ☐ Счет за медицинские услуги
☐ Счет за лекарственные препараты ☐ Другое (указать) _____

7. **Сроки оказания услуг: Последние 2 года (по умолчанию, если дата не указана)**

а. Диапазон дат (мм/дд/гггг): _____ / _____ / _____ до _____ / _____ / _____ **ИЛИ** ☐ Все

8. **Срок действия:**

Срок действия настоящего разрешения истекает через один (1) год с даты подписания, если здесь не указана другая дата или событие: _____

Исключение: Если информация о пациенте должна быть передана работодателю или финансовому учреждению; это разрешение действительно только в течение 90 дней с даты подписания.

Я определенным образом разрешаю сотрудникам Центра имени Фреда Хатчинсона раскрывать информацию о состоянии здоровья, представленную ниже:

☐ **Генетика** ☐ **Инфекции, передаваемые половым путем** ☐ **ВИЧ/СПИД** ☐ **Психическое здоровье**
☐ **Расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ, или его лечение**

Подпись пациента или личного представителя

Имя и фамилия печатными буквами

Дата

Отношение личного представителя и пациента

*Приложите юридическую документацию, если вы являетесь законным опекуном, доверенным лицом или распорядителем имущества

Несовершеннолетние: Для раскрытия следующей информации требуется подпись несовершеннолетнего пациента: (1) состояния, связанные с лечением нарушений репродуктивного здоровья у несовершеннолетнего; (2) заболевания, передающиеся половым путем (в возрасте 14 лет и старше); (3) злоупотребление алкоголем и (или) наркотиками и психические нарушения (в возрасте 13 лет и старше).

*** Для экспорта EHI свяжитесь со Службой управления медицинской информацией (HIM), тел.: 206-606-1114

КОМАНДА

ИМЯ

№ ПАЦИЕНТА

ДАТА РОЖДЕНИЯ

РАЗМЕСТИТЬ ЗДЕСЬ
МАРКИРОВКУ EPIC

[М]

[Ж]

Онкологический центр имени Фреда
Хатчинсона — это независимая
организация, которая оказывает
онкологическую помощь при
медицинском факультете
университета штата Вашингтон.

UW Medicine

Original - Patient Copy - Chart
HIM007_RUSSIAN (02/25)

Зачем мне нужна эта форма?

В соответствии с требованиями законодательства, Онкологический центр имени Фреда Хатчинсона (Fred Hutch) соблюдает Закон о медицинском страховании и обмене идентификационными данными участвующих сторон от 1996 года (HIPAA). Это включает в себя защиту конфиденциальности вашей информации. В определенных ситуациях нам необходимо ваше письменное разрешение на передачу вашей медицинской документации стороннему учреждению/лицу, для получения вашей медицинской документации от стороннего учреждения/лица или обсуждения условий ухода с вашей семьей, друзьями или другими лицами. Если вы хотите предоставить персоналу Центра имени Фреда Хатчинсона разрешение на любое из этих действий, пожалуйста заполните форму «Использование и раскрытие информации». С вас, как с пациента, плата за это не взимается.

Если моя медицинская информация отправляется по электронной почте, как она защищена?

Для отправки электронных сообщений центр имени Фреда Хатчинсона использует возможности шифрования электронной почты для обеспечения конфиденциальности защищенной медицинской информации. Центр имени Фреда Хатчинсона также использует сервис для соблюдения федеральных правил в соответствии с HIPAA. Для получения дополнительной информации о Политике конфиденциальности Центра имени Фреда Хатчинсона посетите наш веб-сайт www.fredhutch.org/privacy-policy.

Что такое защищенная медицинская информация (ЗМИ)?

Защищенная медицинская информация (ЗМИ) — это любая информация в медицинской карте или специальном пакете документов, которая может быть использована для идентификации физического лица и которая была создана, использована или раскрыта в ходе предоставления медицинских услуг, таких как диагностика или лечение.

Возможность передачи моей медицинской информации кому-либо еще:

После того, как Центр имени Фреда Хатчинсона передаст вашу медицинскую информацию другому лицу или учреждению, закон не всегда требует от получателя сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации.

Что делать, если я передумаю?

Вы можете отозвать это разрешение, отправив форму по адресу: Fred Hutch Health Information Management, 825 Eastlake Ave East, M/S K1-104, P.O. Box 19023, Seattle, WA 98109 в любое время. Для запроса формы, напишите в Центр имени Фреда Хатчинсона по адресу release@fredhutch.org. Отзыв вашего разрешения не повлияет на те положения, которые Центр имени Фреда Хатчинсона уже обсудил, предоставил или получил информацию, основанную на первоначально полученных документах, или когда Центр имени Фреда Хатчинсона затребует информацию для получения оплаты за предоставленное вам лечение. У вас есть следующие права:

- Для проверки или получения копии вашей защищенной медицинской информации
- Для получения копии подписанной вами выписки по документации
- Для отклонения подписания выписки по документации

По вопросам, связанным с этим процессом, просьба обращаться в Службу управления медицинскими данными Центра имени Фреда Хатчинсона по телефону 206-606-1114 или по электронной почте release@fredhutch.org.

Отказ в предоставлении настоящего разрешения никак не повлияет на вашу возможность в получении медицинских услуг или возмещения расходов на услуги. Единственное обстоятельство, при котором отказ от подписания приведет к непредоставлению медицинских услуг - когда единственной целью медицинских услуг является предоставление медицинской информации третьим лицам и, посему, требуется разрешение для такого раскрытия. Отказ от подписания также никак не скажется на условиях вашего медицинского страхования или право на получение страховых выплат, за исключением случаев, когда информация, не предоставленная в связи с этим отказом, необходима для определения вашего права на участие в плане медицинского страхования. Исключения: 1). Разрешение должно быть подписано, если вы получаете лечение, связанное с научными разработками, например в связи с участием в клиническом исследовании; и 2). Центр имени Фреда Хатчинсона передает вашу ЗМИ третьей стороне, у которой есть разрешение.

Куда отправить заполненную форму?

Отправьте заполненную форму разрешения в клинику имени Фреда Хатчинсона, которая оказывает вам медицинскую помощь, используя приведенную ниже контактную информацию.

Fred Hutch South Lake Union	Fred Hutch в UWMC — Северо-запад	Fred Hutch в больнице Evergreen	Fred Hutch в медицинском центре Overlake
Служба управления медицинской информацией PO Box 19023 MS: K1-104 Seattle, WA 98109 Тел.: (206) 606-1114 Факс: (206) 606-1035 release@fredhutch.org	Служба управления медицинской информацией 1560 N 115th St. Suite G16 Seattle, WA 98133 Тел.: (206) 606-2794 Факс: (206) 606-6855 nwhhimfax@fredhutch.org	Служба управления медицинской информацией 12040 NE 128th St. MS: 98, Suite 1600 Kirkland, WA 98024 Тел.: (425) 441-2644 Факс: (206) 606-8291 evgrelease@fredhutch.org	Служба управления медицинской информацией 1135 116th Ave NE Suite 250 Bellevue, WA 98004 Тел.: (206) 606-5363 Факс: (206) 606-4360 belrelease@fredhutch.org
Fred Hutch Issaquah	Fred Hutch Peninsula	Fred Hutch — Центр протонной терапии	
Служба управления медицинской информацией 1740 NW Maple St., Suite 211 Issaquah, WA 98027 Тел.: (206) 606-7907 Факс: (206) 606-4030 isgrelease@fredhutch.org	Служба управления медицинской информацией 19917 Seventh Ave., Suite 100 Poulsbo, WA 98370 Тел.: (360) 697-8000 Факс: (206) 606-5122 penrelease@fredhutch.org	Служба управления медицинской информацией 1570 N 115th St. Seattle, WA 98133 Тел.: (206) 306-2800 — вариант 1 Факс: (206) 606-4338 him.proton@fredhutch.org	

Вы можете отправить форму по электронной почте, факсу, обычной почте или передать персоналу в клинике, оказывающему вам медицинскую помощь. Вы можете звонить по указанным номерам телефонов по любым вопросам.

КОМАНДА

ИМЯ

 РАЗМЕСТИТЬ ЗДЕСЬ
МАРКИРОВКУ EPIC

[М]

№ ПАЦИЕНТА

[Ж]

ДАТА РОЖДЕНИЯ

Онкологический центр имени Фреда Хатчинсона — это независимая организация, которая оказывает онкологическую помощь при медицинском факультете университета штата Вашингтон.

UW Medicine


Original - Patient Copy - Chart
HIM007_RUSSIAN (02/25)