Authorization

Штат Миссури
Пользовательское Разрешение на раскрытие медицинской /информации о здоровье.

Я, _____ разрешаю и прошу
(имя пользователя, родителя, законного опекуна, представителя)

Отметьте все, что применимо: Министерство здравоохранения и услуг для пожилых (DHSS)

Департамент психического здоровья (DMH) Министерство начального и среднего образования (DESE)

Департамент социального обеспечения (DSS) Комиссия ветеранов Миссури (MVC)

Другое _____
(Наименование учреждения,агентсво, центр психического здоровья, лицо)
к раскрытию / изданию ниже указанной информации:

Ф.И.О Дата рождения Номер социального страхования

От кого получали услуги (даты)

Для (отметьте все, что применимо): Министерство здравоохранения и услуг для пожилых (DHSS)

Департамент психического здоровья (DMH) Министерство начального и среднего образования (DESE)

Департамент социального обеспечения (DSS) Комиссия ветеранов Миссури (MVC)

Другое _____
(Наименование учреждения,агентсво, центр психического здоровья, лицо)

_____
(Штат, город, адрес, индекс)

Цель этого раскрытия(отметьте все, что применимо)

Критерии определения Рассмотрение Реабилитация

Размещение Перемещение/лечение Планирование лечения

Продолжение ухода/обслуживания Условное/безоговорочное освобождения слушания

По просьбе пользователя

Делить или передать мою информацию другим государственным учреждениям штата Миссури (таких как DMN, DHSS, DSS, DESE, MVC и т.д.)с целью получения обслуживания в соответствии с

_____программы.
(Пожалуйста, заполните имя программы, в котором вы хотите принять участие)

Другое (уточните)_____

Конкретная информация, подлежащая раскрытию (отметьте все, что применимо)

Краткая выписка	Запись улучшения	План лечения и /или рассмотрение
Оценка соц. обслуживания	Образовательное тестирование, IEP, запись, и/или отчёт об уровне	
Медицинской / психиатрической оценки	MR/DD	
Психометрическое тестирование, в том числе результаты коэффициент умственного развития, неврологические тестирования или другие результаты теста для развития.		
Другое _____		

MO 650-2616N (4-09)

1. Внимательно прочитайте: Я понимаю, что мои медицинские записи и информации касающегося моего здоровья являются конфиденциальными. Я понимаю, что, подписав это разрешение, я позволяю выпуска моей медицинской информации о моём здоровье. Защищенная медицинская информация (PHI) в моей медицинской карте включает в себя информацию психического / поведенческого здоровья. Кроме того, она может включать в себя информацию о болезнях передаваемых половым путем, приобретённый СПИД, Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), других инфекционных заболеваний и/или алкоголя/наркомании.
2. Запись информации о злоупотреблении алкоголя и наркотиков специально защищена федеральными законами (42 CFR 2) и, подписав это разрешение, я без ограничений позволяю выпускать любую (если таковая имеется) запись информации об алкоголе и/или о наркотиках агентству или лицу, указанному выше. Пожалуйста подпишите, если вы разрешаете разглашение об информации злоупотребления алкоголем и наркотиками:

   _____
3. Это разрешение включает в себя обе информации как и настоящего состава и информацию, которая будет составлена в течение курса лечения и вышеназванных агентсвах или учреждениябб которые платят за услуги, в течении определенного количества дней.
4. Это разрешение вступает в силу_____. Срок этого разрешения автоматически истекает на следующей дате, событий или в особых условиях_____.
5. Если я не в состоянии указать дату истечения срока, то данное разрешение истекает в течение одного года.
6. Я понимаю, что у меня есть право отменить это разрешение в любое время. Я понимаю, что если бы я отменю это разрешение я должен сделать это в ПИСЬМЕННОМ виде и представить свой письменный отзыв департаменту управления информацией (медицинских записей) или в информационный центр клиента в этом учреждении. Я также понимаю, что меры, уже предпринятые на основе этого разрешения, НЕ повлияют до его отмены .
7. Я понимаю, что я имею право получить копию этого разрешения. **Фотографическая копия этого разрешения так же имеет силу, как и оригинал.**
8. Я понимаю, что разрешение раскрытия этой медицинской информации/информации о здоровье является добровольным. Я могу отказаться подписывать это разрешение. Мне не нужно подписывать данную форму, чтобы обеспечить лечение. Я понимаю, что могу потребовать, чтобы проверить или запросить копию информации, которые будут использоваться или раскрываться, как это предусмотрено в 45 CFR статья 164. 524. Я понимаю, что любое раскрытие информации, несет за собой потенциал для повторного несанкционированного раскрытия и информации не могут быть защищены федеральными правилами конфиденциальности. Если есть вопросы по поводу раскрытия моей медицинской информации/информация о здоровье, я могу обратиться к директору управления медицинской информацией (директор медицинских записей) или в центр информаций о клиенте, или назначенному лицу, или сотруднику конфиденциальности информации для анонимной заявки.

Следующее записи относятся к лечению алкоголизма и/или наркомании: Запрет и раскрытие информации: Эта информация была раскрыта вам с записей, чья конфиденциальность охраняется федеральным законом. Федеральное законодательство (42 CFR Часть 2) запрещает вам дальнейшее раскрытие без специального письменного разрешения личности, к которому относится лицо, или как иное лицо не предусмотреное таким регулированием. Общее разрешение на разглашение медицинской или другой информации, не является достаточным для этой цели. Подписавшись ниже я признаю, что я читал(а), понял(а) и разрешаю издание мой (PHI).

Подпись пользователя:	**Дата:**
Свидетель:	**Дата:**
Подпись родителя/опекуна:	
(Пожалуйста, укажите описание полномочий к закону от имени пользователя и приложите копию документа предоставленным администрацией, где это применимо)	

Уведомление об аннулировании

Дата:_____ Я,_____
(пользователь)

настоящим отменяю мое разрешение на раскрытие информации вышеперечисленных агентств/лиц. Этот отзыв фактически делает недействительным любое разрешение на раскрытие информации прямо со вышеуказанного разрешения. Я понимаю, что какие-либо действия на основе этого разрешения, до отмены, не будут затронуты.

Подпись пользователя:	**Дата:**
Свидетель:	**Дата:**
Подпись родителя/опекуна:	

Если вы решили отменить ваше разрешение, просим представить аннулированную копию директору управления медицинской информацией (директор медицинских записей) или в центр информаций о клиенте, или назначенному лицу, или сотруднику конфиденциальности информации для анонимной заявки.