# Многоцелевая программа обслуживания пожилых (MSSP) - Разрешение на использование и раскрытие защищенной медицинской информации

Имя участника:_____ ИДЕНТИФИКАТОР MSSP:_____

Настоящим я разрешаю MSSP получать, предоставлять, использовать и раскрывать следующую информацию обо мне, которая защищена федеральным законодательством, законодательством штата и (или) местным законодательством, для следующей (-их) цели (-ей):

- ☐ Чтобы определить, имею ли я право на получение услуг программы MSSP
- ☐ Чтобы обеспечивать координацию медицинского обслуживания и проведение оценки состояния здоровья и психосоциальной оценки

**ОПИСАНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ УЧАСТНИКА, КОТОРАЯ БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИЛИ РАСКРЫВАТЬСЯ. Отметьте все применимые варианты.**

- ☐ Травмы, заболевания или патологические состояния
- ☐ Психические (психологические или психиатрические) заболевания или патологические состояния
- ☐ Злоупотребление алкоголем и/или наркотиками
- ☐ Полученная денежная помощь, льготы Medi-Cal или другие социальные и медицинские услуги
- ☐ Прочее (если отмечено, необходимо указать):_____

**ПОСТАВЩИКИ УСЛУГ, РАСКРЫВАЮЩИЕ ИНФОРМАЦИЮ. Отметьте все применимые варианты. Если установлен флажок, укажите поставщика.**

- ☐ Поставщики медицинских услуг и учреждения: _____
- ☐ Поставщики социальных услуг: _____
- ☐ Программа (-ы) Medi-Cal, включая сотрудников окружных отделений IHSS: _____
- ☐ Лицо, осуществляющее уход в рамках программы IHSS/поставщик (-и) услуг IHSS: _____
- ☐ Поставщики услуг поддержки в местном сообществе: _____
- ☐ Финансовые учреждения и поставщики финансовых услуг:_____
- ☐ Прочее (укажите тип и название поставщика): _____
- ☐ Прочее (укажите тип и название поставщика): _____

**ЛИЦА, РАСКРЫВАЮЩИЕ ИНФОРМАЦИЮ (включая любых лиц, которые могут делиться/получать информацию об участнике, таких как лица нефлормально осуществляющие уход, члены семьи, друзья и т. д.). Отметьте все применимые варианты. Если установлен флажок, укажите имя и степень родства данного лица.**

☐ _____ Степень родства: _____

☐ _____ Степень родства: _____

☐ _____ Степень родства: _____

☐ _____ Степень родства: _____

☐ _____ Степень родства: _____

☐ _____ Степень родства: _____

**Защищенная медицинская информация участника используется или раскрывается программой MSSP для следующей (-их) цели (-ей):**

Для определения права участника на участие в программе MSSP, координации его медицинского обслуживания, проведения медицинских и психосоциальных оценок, для административных целей персоналом, а также по запросу самого участника.
Я понимаю, что у меня имеются следующие права в отношении данного разрешения:

1. Отделение MSSP _____, как получатель защищенной медицинской информации, не имеет права далее раскрывать эту информацию, за исключением случаев, когда отделением MSSP _____ от меня будет получено дополнительное разрешение или если раскрытие информации разрешено законом.

2. От меня может не требоваться подписание данного разрешения в качестве условия для получения лечения (т. е. медицинских услуг), выплаты денежных средств или права на получение льгот.

3. Отделение MSSP _____ предоставит мне копию данного разрешения.

4. Я вправе отозвать настоящее разрешение в любое время, отправив по почте или вручив лично подписанное письменное уведомление об отзыве разрешения в отделении MSSP. _____. Отзыв разрешения вступает в силу с даты его получения, за исключением тех случаев, когда отделением MSSP _____ уже предприняты действия на основании данного разрешения. Такой отзывразрешения будет оставаться в силе до тех пор, пока я не дам письменное разрешение на раскрытие защищенной медицинской информации, за исключением случаев, когда раскрытие защищенной медицинской информации требуется или разрешено законом.

5. Я понимаю, что после передачи данной информации любому получателю, указанному в данной форме, она может больше не подпадать под защиту федерального законодательства о конфиденциальности медицинской информации (HIPAA) и может быть в дальнейшем передана (то есть повторно раскрыта) этим получателем. В соответствии с законодательством штата или иным федеральным законодательством от получателя может требоваться получение моего разрешения до дальнейшего раскрытия информации.

6. Я понимаю, что срок действия данного разрешения автоматически истечет через 2 (два) года с даты его выдачи, независимо от любого другого отзыва, который я могу оформить.

7. Отделение MSSP _____ обязуется не использовать и не раскрывать защищенную медицинскую информацию в маркетинговых целях, а также не получать вознаграждение за использование или раскрытие моей защищенной медицинской информации без моего разрешения.

Срок действия настоящего разрешения истекает **через 2 (два) года с даты подписания.** *Если необходимо отозвать разрешение, выданное поставщику или физическому лицу, до истечения срока его действия, поставьте свои инициалы и укажите дату истечения срока действия рядом с названием поставщика или именем физического лица.*

**ПОДТВЕРЖДАЮ СОГЛАСИЕ:**

_____ _____ _____

**Имя печатными буквами** **Подпись** **Дата**

Если документ подписан личным представителем:

_____ _____

**Степень родства** **Телефон**

**Тип представителя:**

☐ Опекун ☐ Долгосрочная доверенность и/или медицинская доверенность на принятие решений в сфере медицинского обслуживания

☐ Прочее:_____