

## MSSP - Разрешение на использование и раскрытие защищенной информации о здоровье

Имя участника: \_\_\_\_\_ MSSP#: \_\_\_\_\_

Я разрешаю MSSP получать, публиковать, использовать и раскрывать следующую информацию обо мне, которая защищена федеральными, штатными и/или местными законами, чтобы MSSP мог определить мое право на получение услуг MSSP, обеспечить управление медицинским обслуживанием и медицинскую/психосоциальную оценку и выполнять соответствующие административные функции.

### ОПИСАНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ УЧАСТНИКА, ПОДЛЕЖАЩЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ИЛИ РАСКРЫТИЮ. Отметить все относящиеся к вам пункты.

Физические травмы, болезни или расстройства

Ментальные (психологические или психические) заболевания или расстройства

Злоупотребление алкоголем и/или наркотиками

Денежная помощь, льготы Medi-Cal или другие полученные социальные и медицинские услуги

Другое (если отмечено, необходимо описать):

### РАСКРЫТИЕ ПОСТАВЩИКОВ. Отметить все относящиеся к вам пункты. Если отмечено, укажите имя поставщика.

Поставщики медицинских услуг и учреждения: \_\_\_\_\_

Поставщики социальных услуг: \_\_\_\_\_

Программа(ы) Medi-Cal, включая IHSS: \_\_\_\_\_

Поставщики поддержки сообщества: \_\_\_\_\_

Финансовые учреждения и поставщики: \_\_\_\_\_

Другое (укажите тип и название поставщика): \_\_\_\_\_

Другое (укажите тип и название поставщика): \_\_\_\_\_

**РАСКРЫТИЕ ЛИЦ. Отметить все относящиеся к вам пункты. Если отмечено, укажите родство и имя человека.**

---

---

---

---

---

---

---

**MSSP использует или раскрывает защищенную медицинскую информацию участника для следующих целей:**

Для определения права участника на участие в программе MSSP, для управления медицинским обслуживанием, для оценки его здоровья/психосоциального состояния и для административных целей, проводимых персоналом.

Я понимаю, что у меня есть следующие права в отношении этого Разрешения:

1. \_\_\_\_\_ MSSP Site, поскольку получатель защищенной медицинской информации не может в дальнейшем раскрывать информацию, если \_\_\_\_\_ MSSP Site не получит от меня другого разрешения или если раскрытие не разрешено законом.
2. От меня не могут потребовать подписать это Разрешение в качестве условия для получения лечения (например, услуг), оплаты или моего права на получение льгот.
3. \_\_\_\_\_ MSSP Site предоставит мне копию этого разрешения.
4. Я могу отозвать это Разрешение в любое время, отправив по почте или лично доставив подписанное письменное уведомление об аннулировании на \_\_\_\_\_ MSSP Site. Такой отзыв вступает в силу после получения, за исключением случаев, когда \_\_\_\_\_ MSSP Site уже предпринял действия, полагаясь на это Разрешение. Такой отзыв будет действовать до тех пор, пока я в письменной форме не разрешаю разглашение защищенной медицинской информации, за исключением

случаев, когда разглашение защищенной медицинской информации требуется или разрешено законом.

5. Я понимаю, что это разрешение автоматически истекает через два (2) года с даты этого разрешения, независимо от любого другого отзыва, который я могу запросить.
6. \_\_\_\_\_ MSSP Site не будет использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию для маркетинга или получения компенсации за использование или раскрытие моей защищенной медицинской информации.

Это Разрешение истекает Дата \_\_\_\_\_ ИЛИ 2 (два) года с даты подписания . *Если разрешение поставщика или физического лица необходимо отозвать до истечения срока действия, укажите дату истечения срока действия рядом с поставщиком/физическим лицом.*

**ПРИНЯТО И СОГЛАСОВАНО:**

\_\_\_\_\_

Расшифровка подписи	Подпись	Дата
---------------------	---------	------

**Если подписано личным представителем:**

\_\_\_\_\_

Родство	Адрес	Телефон
---------	-------	---------