

## Назначение личного представителя в соответствии с законом HIPAA

### Информация о пациенте – пожалуйста, печатными буквами

Patient Information – Please Print

Фамилия, имя пациента: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Patient Name Date of Birth

Адрес: \_\_\_\_\_ Город/штат/почт. индекс: \_\_\_\_\_  
Address City/State/Zip Code

Номер телефона, по которому удобнее всего звонить: \_\_\_\_\_  
Telephone # most easily reached

Настоящим я уполномочиваю указанное ниже лицо выступать в качестве моего личного представителя в отношении моей защищенной медицинской информации (PHI). Это включает право доступа, получения и обсуждения моей истории болезни и информации о моем состоянии здоровья. Я также осведомлен(а) о том, что могу ограничить доступ к своей истории болезни, указав это ниже.

### Информация о личном представителе – пожалуйста, печатными буквами

HIPAA Representative Information - Please Print

Фамилия, имя пациента: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Patient Name Date of Birth

Адрес: \_\_\_\_\_ Город/штат/почт. индекс: \_\_\_\_\_  
Address City/State/Zip Code

Номер телефона, по которому удобнее всего звонить: \_\_\_\_\_  
Telephone # most easily reached

Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

**Я предоставляю указанному выше представителю доступ к следующей информации в соответствии с законом HIPAA:**

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

**Полный доступ к моей истории болезни и информации о состоянии здоровья – обратите внимание, что для доступа к информации о ВИЧ-инфекции, психических заболеваниях и злоупотреблении психоактивными веществами также необходимо заполнить отдельное поле ниже.**

**Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.**

**Другое** — Укажите ограничения или мед информацию: \_\_\_\_\_  
**Other** - Specify limits or specific health care incident

Отметив соответствующие категории и подписав документ ниже, я (пациент) предоставляю своему HIPAA представителю (HIPAA Representative) доступ к дополнительной медицинской информации. Я понимаю, что информация в моей истории болезни может включать информацию, касающуюся ВИЧ-инфекции и/или информацию, касающуюся диагностики или лечения психических расстройств и/или злоупотребления психоактивными веществами, и что, подписав этот документ, я разрешаю своему HIPAA представителю доступ к конкретной информации, касающейся: (вы должны поставить инициалы у строки, обозначающей информацию, доступ к которой вы хотите предоставить своему HIPAA представителю)

\_\_\_\_\_ Информацию о злоупотреблении алкоголем, наркотиками, психоактивными веществами  
Alcohol, drug, or substance abuse information

Информацию о СПИДе и ВИЧ-инфекции (включая тестирование на СПИД и результаты анализов)  
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

О психическом здоровье  
Mental Health

Информацию о заболеваниях, передающихся половым путем  
Sexually Transmitted Disease information

Генетическую информацию  
Genetic information

Исследовательскую информацию  
Research Information

Конфиденциальность данной информации гарантируется законодательством штата Нью-Йорк и федеральным законодательством. Передача этих материалов кому-либо без письменного согласия или разрешения запрещена.

Подпись пациента в этом поле: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Signature of Patient for this box Date

Конфиденциальность данной информации гарантируется законодательством штата Нью-Йорк и федеральным законодательством. Передача этих материалов кому-либо без письменного согласия или разрешения запрещена.  
The confidentiality of this record is required under New York State and Federal Law. This material shall not be transmitted to anyone without written consent or authorization.

1. Я понимаю, что могу отозвать данное назначение представителя в соответствии с Законом о защите информации о здоровье (HIPAA) в любое время, уведомив об этом отдел управления медицинской информацией по следующему адресу: 2525 Kings Highway, 1F, Attention: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11229, в письменной форме; однако, если я отзову данное разрешение, это не повлияет на любые действия, предпринятые Maimonides Midwood Community Hospital до получения ими уведомления об отзыве.
2. Я понимаю, что мое лечение или оплата лечения не могут зависеть от того, подпишу ли я это разрешение или нет.
3. Я понимаю, что информация, раскрытая в соответствии с этой формой, может быть повторно разглашена получателем и перестанет подпадать под защиту Закона HIPAA.
- Не будет отменено пациентом в письменной форме.
4.  Я понимаю, что данное разрешение действительно до тех пор, пока: (выбрать одно)  
Revoked in writing by the patient
- В следующую дату: \_\_\_\_\_  
On the following date

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Signature of Patient Date

Подпись представителя HIPAA: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Signature of HIPAA Representative Date

(Форма будет недействительна, если не заполнены все соответствующие поля)  
\*Вы можете отказаться от подписания этой формы.