

**SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY
STANDARD RELEASE AND AUTHORIZATION FORM**

Согласно требованию федерального законодательства, San Francisco Health Plan (SFHP) обязан защищать конфиденциальность информации, которая позволяет установить вашу личность, а также имеет отношение к вашему физическому и психическому здоровью и состояниям в прошлом, настоящем и будущем («защищенная медицинская информация»).

Заполнение данной формы дает разрешение на использование / разглашение защищенной медицинской информации в изложенном ниже порядке, согласно требованиям закона штата Калифорния и федерального законодательства в отношении конфиденциальности информации такого рода. **В случае предоставления не *всех* запрашиваемых данных это разрешение будет считаться недействительным.**

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ И ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Я могу отказаться подписывать данное разрешение.
- Я могу в любое время отозвать данное разрешение. Отзыв разрешения должен быть выполнен в письменной форме с моей подписью или подписью моего представителя и отправлен на следующий адрес:
San Francisco Health Plan
ATTN: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Мое решение об отзыве разрешения вступает в силу с момента его получения SFHP. Однако решение об отзыве не будет касаться действий SFHP или прочих лиц, совершенных на основании данного разрешения в период с даты его вступления в силу и до наступления даты его отзыва.
- Я имею право по письменному требованию получить копию настоящего разрешения.
- Мое решение о предоставлении данного разрешения или отказе от него не будет влиять на лечение, оплату, зачисление в план или право на предоставление льгот.
- Информация, раскрытая на основании настоящего разрешения, может быть повторно раскрыта ее получателем и может больше не попадать под действие федеральных законов о защите конфиденциальности данных. Однако закон штата Калифорния запрещает лицу, получающему мою защищенную медицинскую информацию, далее разглашать эти данные, кроме как в случаях, когда у него есть отдельное разрешение на такие действия от меня или когда это требуется или разрешено законом.
- Я могу в письменной форме попросить SFHP предоставить мне возможность проверить защищенную медицинскую информацию, которая будет использоваться или разглашаться на основании данного разрешения, либо предоставить мне копию этих данных.
- Я понимаю и соглашаюсь с тем, что данное разрешение будет иметь силу в течение всего срока моего членства в SFHP, в соответствии со всеми прочими

положениями, изложенными в данном разрешении, включая срок его действия и мое право на отзыв разрешения в любое время.

После подписания документа просим вас сделать копию данного разрешения и сохранить в ваших документах, а затем отправить его обратно по факсу или

почтой на адрес:

San Francisco Health Plan

Attn: Compliance Officer

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

Fax: 1(415) 547-7825

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я разрешаю использование / разглашение моей защищенной медицинской информации следующим образом.

Демографические данные участника

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____ Телефон: _____

План медицинского страхования: _____ Ид. №: _____

Лица / организации, уполномоченные *разглашать* защищенную медицинскую информацию:

San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

Лица / организации, уполномоченные *получать* защищенную медицинскую информацию: _____

Цель запрашиваемого вида использования / разглашения информации: _____

Настоящее разрешение распространяется на следующую защищенную медицинскую информацию (выберите *только* один из предложенных вариантов):

- Вся защищенная медицинская информация, касающаяся любой истории болезни, психического или физического состояния и полученного лечения.
- Вся защищенная медицинская информация, касающаяся любой истории болезни, психического или физического состояния и полученного лечения, кроме: _____
- Только следующие документы или типы защищенной медицинской информации (включая любые даты): _____

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ

Настоящее разрешение вступает в силу _____ и является действительным до _____.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА ИЛИ ЛИЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Дата: _____ Время: _____ AM/PM

Подпись: _____
(участник / личный представитель)

Если подписывает не лично участник, необходимо вписать имя этого лица ниже и указать, кем оно приходится участнику:

Если у вас есть нарушения слуха, звоните на линию TDD/TTY по номеру **1(415) 547-7830**, по бесплатному номеру **1(888) 883-7347** или на линию California Relay Service по номеру **711**. Вы можете запросить данный документ в альтернативных форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт или аудиоформат. Чтобы запросить документ в другом формате или получить помощь в работе с данным документом или другими материалами SFHP, звоните в Отдел обслуживания участников плана по номеру **1(415) 547-7800** или по бесплатному номеру **1(800) 288-5555**.