

医療記録公開の許可 (保護された健康情報とも呼ばれます)

患者名: _____ DOB: _____ 電話: _____

私は許可します 明るい面 私からの情報を開示する日記、これには以下が含まれる場合がありますただし、これに限定されません。精神科診断に関する情報それはs、指定された患者に対する治療および/または処方薬 以下の媒体を介して以下にリストされている個人または団体 (1 つを選択):

Eメール ファックス

名前: _____

電話: _____ ファックス: _____

Eメール: _____ CC: _____

私の医療記録には以下が含まれる可能性があることを理解していますが、これに限定されません。私の病歴の概要。治療の時間と日付。私の家族と私の治療に関連する社会的経験に関する情報。臨床検査結果;処方された薬。診断と症状の概要。そして治療メモ。私の記録に編集したい要素がある場合は、ブライツサイドのメンバー サービス チームに連絡する必要があります。

私の健康記録には、性感染症、後天性免疫不全症候群 (AIDS)、ヒト免疫不全ウイルス (HIV)、または遺伝子検査に関する情報が含まれる可能性があることを理解しています。

はい、この情報の公開に同意します。 いいえ、開示する前に、私の記録からこの情報を編集してください。

私の健康記録には、薬物やアルコールなどの薬物使用や乱用に関する情報が含まれる可能性があることを理解しています。

はい、この情報の公開に同意します。 いいえ、開示する前に、私の記録からこの情報を編集してください。

今回の情報公開の目的・理由は以下の通りです。

(簡単な説明)

1. 私は、撤回されない限り、この承認は署名日から 180 日で期限切れになることを理解します。このフォームのコピーは、オリジナルと同様に有効とみなされます。
2. 私は、ブライツサイドに書面で通知することにより、いつでもこの承認を取り消すことができることを理解します。また、この承認に基づいて既に措置が講じられている場合を除き、この承認は通知された日付で無効になります。
3. この承認に従って使用または開示された情報は、受信者によって再開される可能性があり、連邦プライバシー規制によって保護されなくなる可能性があることを理解します。ただし、他の州法または連邦法により、受信者が薬物乱用治療情報やメンタルヘルス情報など、特別に保護された情報を開示することが禁止される場合があります。
4. 私は、治療のために情報の開示が必要な場合を除き、この承認書への署名を拒否しても、現在または将来の精神障害の治療を受ける私の権利を脅かすものではないことを理解しています。
5. このフォームに署名しなくても、ブライツサイドでの私の医療および医療費の支払いには影響しません。
6. このフォームに署名した後、そのコピーを要求できることを理解しました。
7. 私は、このリリースを遵守する前にブライツサイドが私の身元確認を要求する場合があること、および適時に身元確認要件に従わない場合、このリリースの処理に遅れが生じることを認めます。
8. 私は、このフォームに記入する際に私が提供した可能性のある誤った情報に起因する記録の不当な開示に対してブライツサイドが責任を負わないことを認めます。
9. 私の健康記録には、資格のある医師のみが解釈できる報告書、診断、メモ、その他の情報が含まれる可能性があることを理解しています。私は、健康記録に含まれる情報の誤解を防ぐために、健康記録に記入された内容に関する質問がある場合は、ブライツサイドのプロバイダーに連絡する必要があることを理解し、アドバイスを受けました。私は、正しい解釈についてプロバイダーに相談しなかった結果、私の医療記録の情報が誤解された場合でも、ブライツサイド、そのプロバイダー、従業員、または関係者に責任を負いません。

サイン:

このボックスにチェックを入れて下に名前を入力すると、このリリースに電子署名します。

患者または法的保護者の署名

日付

患者との関係 (法定後見人の場合)

医療記録公開の許可
(保護された健康情報とも呼ばれます)