

Zezwolenie na udostępnienie dokumentacji medycznej (znane również jako chronione informacje zdrowotne)

Imię pacjenta: _____ DOB: _____ Telefon: _____

Ja autoryzuję Jasna strona aby ujawnić informacje ode mnie zapis dykaliczny, które mogą obejmować, ale nie ograniczać się do, informacje o diagnozach psychiatrycznych To jest S, leczenie i/lub przepisane leki wskazanemu podmiotowi osoba lub podmiot wymieniony poniżej za pośrednictwem następującego medium (wybierz jedno):

E-mail Faks

Nazwa: _____

Telefon: _____ Faks: _____

E-mail: _____ Dł: _____

Rozumiem, że moja dokumentacja medyczna może zawierać między innymi: podsumowanie mojej historii medycznej; godziny i daty leczenia; informacje o moich doświadczeniach rodzinnych i społecznych związanych z moim leczeniem; wyniki badań klinicznych; przepisane leki; podsumowanie diagnoz i objawów; i notatki z leczenia. Jeżeli w mojej dokumentacji znajdują się elementy, które chciałbym zredagować, powinienem skontaktować się z zespołem ds. obsługi członkowskiej Brightside.

Rozumiem, że moja karta zdrowia może zawierać informacje dotyczące chorób przenoszonych drogą płciową, zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS), ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV) lub badań genetycznych.

Tak, wyrażam zgodę na publikację tej informacji. NIE, proszę o usunięcie tych informacji z moich akt przed ich ujawnieniem.

Rozumiem, że moja karta zdrowia może zawierać informacje dotyczące używania i/lub nadużywania substancji, np. narkotyków i alkoholu.

Tak, wyrażam zgodę na publikację tej informacji. NIE, proszę o usunięcie tych informacji z moich akt przed ich ujawnieniem.

Cel/powód ujawnienia informacji jest następujący:

_____.
(krótki opis)

1. Rozumiem, że jeżeli niniejsze pełnomocnictwo nie zostanie cofnięte, wygaśnie po upływie 180 dni od dnia podpisania. Kserokopia niniejszego formularza będzie uważana za tak samo ważną jak oryginał.
2. Rozumiem, że mogę odwołać to upoważnienie w dowolnym momencie, powiadamiając o tym firmę Brightside na piśmie, a niniejsze upoważnienie przestanie obowiązywać w powiadomionym terminie, z wyjątkiem przypadków, w których podjęto już działania w związku z nim.
3. Rozumiem, że informacje wykorzystane lub ujawnione zgodnie z niniejszym upoważnieniem mogą podlegać ponownemu ujawnieniu przez odbiorcę i nie będą już chronione federalnymi przepisami dotyczącymi prywatności. Jednakże inne przepisy stanowe lub federalne mogą zabraniać odbiorcy ujawniania szczególnie chronionych informacji, takich jak informacje dotyczące leczenia uzależnień i/lub informacje na temat zdrowia psychicznego.
4. Rozumiem, że moja odmowa podpisania niniejszego Zezwolenia nie zagrozi mojemu prawu do uzyskania obecnego lub przyszłego leczenia zaburzeń psychicznych, z wyjątkiem przypadków, gdy ujawnienie informacji jest konieczne w celu leczenia.
5. Jeśli nie podpiszę tego formularza, nie będzie to miało wpływu na moją opiekę zdrowotną i płatności za opiekę zdrowotną w Brightside.
6. Rozumiem, że mogę poprosić o kopię niniejszego formularza po jego podpisaniu.
7. Przyjmuję do wiadomości, że Brightside może zażądać weryfikacji mojej tożsamości przed honorowaniem tej zgody oraz że niezastosowanie się do wymogów weryfikacji tożsamości w odpowiednim czasie spowoduje opóźnienie w przetworzeniu tej zgody.
8. Przyjmuję do wiadomości, że Brightside nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe ujawnienie dokumentacji wynikające z jakichkolwiek błędnych informacji, które mogłem podać podczas wypełniania niniejszego formularza.
9. Rozumiem, że moja karta zdrowia może zawierać raporty, diagnozy, notatki i inne informacje, które może zinterpretować wyłącznie wykwalifikowany lekarz. Rozumiem i zostałem poinformowany, że powinienem skontaktować się z moim dostawcą usług Brightside w przypadku pytań dotyczących wpisów w mojej karcie zdrowia, aby uniknąć błędnego zrozumienia informacji zawartych w tych wpisach. Nie będę pociągał firmy Brightside, jej dostawców, pracowników ani współpracowników do odpowiedzialności za jakąkolwiek błędną interpretację informacji zawartych w mojej dokumentacji medycznej, wynikającą z braku konsultacji z moim dostawcą w celu uzyskania prawidłowej interpretacji.

Podpis:

Zaznaczając to pole i wpisując poniżej swoje imię i nazwisko, podpisuję elektronicznie niniejszą zgodę.

_____ Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

_____ Data

Zezwolenie na udostępnienie dokumentacji medycznej (znane również jako chronione informacje zdrowotne)

Stosunek do pacjenta (jeśli jest to opiekun prawny)