

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
Разрешение на Разглашение Информации
Двухсторонняя

1. Информация о Пациенте/Заявителе	
Имя: _____ Другие Имена: _____	
Улица: _____ Номер квартиры: _____	
Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____	
Номер Социальной Защиты: _____ Дата Рождения: _____	
Телефон: _____	

2. Разрешение на Разглашение: Я предоставляю разрешение Департаменту психического здоровья (DMH) получать и передавать информацию, включая конфиденциальные сведения от лиц, агентств или организаций, указанных ниже в устной или письменной форме.	
Имя, Агентство или Организация (например, название и адрес госпиталя, имя врача, жилищная программа, другое) Название: _____ Имя получателя: _____ Улица: _____ Город: _____ Штат/Индекс: _____ Телефон: _____ Факс: _____	DMH контактная информация: Имя: _____ Улица: _____ Город: _____ Штат/Индекс: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Емайл: _____

3. Отметьте какую именно информацию разрешено разглашать: (отметьте все что подходит)		
<input type="checkbox"/> Диагностика и лечение психического здоровья, предоставляемые Психиатром; Психологом; Медсестрой-Специалистом по оказанию помощи в вопросах психического здоровья; Работниками Социальных Служб, имеющими лицензию на проведение консультаций; всеми другими лицензированными провайдерами в вопросах психического здоровья.		
<input type="checkbox"/> Полный отчет о психическом здоровье, за исключением случаев психотерапии, требующих отдельного разрешения		
<input type="checkbox"/> Полный отчет (Физическое и Психическое Здоровье)	<input type="checkbox"/> ISPs & IAPs	<input type="checkbox"/> План Лечения
<input type="checkbox"/> Сведения о Выписке	<input type="checkbox"/> Нейропсихическое тестирование	<input type="checkbox"/> Итоговый Отчет
<input type="checkbox"/> Приемная Документация	<input type="checkbox"/> Физическое Обследование	<input type="checkbox"/> Результаты Лабораторных Тестов
<input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста укажите) / дополнительная информация: _____ _____		

4. Даты касающиеся информации, которую Вы хотите предоставить: (Укажите даты)
Даты запрашиваемой информации: С: _____ По: _____

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
Разрешение на Разглашение Информации
Двухсторонняя

Имя Пациента/Заявителя: _____

5. Пожалуйста, поставьте свои *инициалы* в тех графах, которые соответствуют информации, разрешенной к разглашению, если она присутствует в вашей медицинской истории: (поставьте *инициалы* там, где применимо)

Поставьте Инициалы здесь: _____ Результаты тестирования на ВИЧ (требуется разрешение для каждого запроса на разглашение).

Поставьте Инициалы здесь: _____ Сведения о злоупотреблении Алкоголем и Наркотиками, охраняемые Федеральными Правилами о Конфиденциальности 42 CFR Часть 2 Федеральных правил, запрещено подвергать дальнейшему разглашению, если только это прямо не указано в письменной форме лицом, которое подписало разрешение или в противном случае, разрешено в соответствии с правилами 42 CFR Часть 2.

6. Причина Разглашения Информации: (отметьте только одну)

- Личная Организация вопросов по Уходу Направление Облегчить систему платежей
 Получение страхования, финансовых или других пособий
 Другие причины (пожалуйста укажите какие): _____

Я понимаю, что:

- У меня есть право отозвать это разрешение в любое время.
- Если я приму решение отозвать разрешение, я должен сделать это в письменной форме и представить его в DMH по указанному на первой странице адресу или представителю DMH в моем районе. (Офисы DMH указаны на веб-сайте www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory, позвоните по номеру 1-800-221-0053 или отправьте на адрес электронной почты dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- Отзыв не будет распространяться на информацию, которая уже была передана в соответствии с выданным ранее разрешением.
- Отзыв не распространяется на мою страховую компанию, в случае, когда закон предоставляет моему страховщику право оспаривать иски, связанные с моим страховым полисом.
- Как только вышеприведенная информация будет разглашена, получатель может передать ее повторно, и информация не может быть защищена федеральными законами или правилами конфиденциальности штата.
- Разрешение на разглашение информации, указанной выше, является добровольным.
- Мне не нужно подписывать эту форму для получения лечения или услуг от DMH и/или другого лица, учреждения или агентства; однако отсутствие способности передавать или получать информацию может препятствовать DMH и/или другому лицу, учреждению или агентству в проведении назначенного и необходимого лечения.

Срок разрешения истекает (укажите дату, период времени или событие) _____ или, если срок не указан, действие документа истекает через год с даты его подписания.

7. Подпись / Разрешение: Подпишите и заполните ниже требуемую информацию.

X _____
Ваша подпись или подпись Вашего Представителя _____ Дата _____

Ваше Имя печатными буквами _____

Если форма подписывается представителем, заполните информацию ниже:

Тип полномочий (например, назначен по решению суда, родитель-опекун): _____