

Дозвіл на розкриття захищеної інформації про здоров'я (PHI)



Заповнюючи цю форму, ви даєте ODS Community Dental право використовувати й передавати вашу інформацію PHI. Заповніть цю форму розбірливо друкованими літерами чорним або синім чорнилом і поверніть нам, виконавши інструкції на звороті.

Розділ 1. Інформація про учасника (пацієнта)

Ім'я та прізвище	Дата народження (мм/дд/рррр)	Ідентифікаційний №
------------------	------------------------------	--------------------

Розділ 2. Дозвіл

Я розумію, що, надаючи мені послуги як учаснику, ODS Community Dental має PHI про мене.

Я даю ODS Community Dental право використовувати мою інформацію PHI та передавати її вказаній нижче людині.

Ім'я та прізвище	Ким доводиться		
Адреса	Місто	Штат	Поштовий індекс

Причина розкриття (виберіть одну):

- Обговорення всіх відомостей, що стосуються покриття мого медичного обслуговування, лікування та оплати.
- Інша (будь ласка, укажіть причину): _____

До моєї інформації PHI належить:

- медична документація;
- платіжні документи;
- результати візуалізаційних обстежень;
- результати лабораторних аналізів;
- стоматологічна документація;
- документація стосовно фізіотерапії;
- лікарняна документація (включно із сестринською документацією та записами в історії хвороби);
- уся особиста або медична інформація, пов'язана з метою цього дозволу.

Використовуватиметься лише та частина вашої інформації PHI, яка потрібна у зв'язку із зазначеною вище причиною. Якщо ваша інформація PHI містить дані, позначені нижче, можуть застосовуватися інші закони.

Я розумію та погоджуюся, що мою інформацію PHI передаватимуть, лише якщо я позначу якісь із полів нижче.

- Відомості про тестування на ВІЛ/СНІД або його результати й пов'язана документація
- Дані генетичного тестування
- Відомості про діагноз, лікування або направлення, пов'язані з наркотиками чи алкоголем
- Інформація про психічне здоров'я
- Дані про репродуктивне здоров'я

Я розумію, що одержувач моєї інформації PHI може передавати її іншим особам і в цьому випадку федеральне законодавство більше не захищатиме її. Проте федеральне законодавство або закони штату можуть обмежувати подальшу передачу відомостей про тести чи результати, позначених вище.

Якщо його не буде скасовано, цей дозвіл залишатиметься чинним до наведеної нижче дати або події (виберіть один варіант).

Дата: _____ / _____ / _____ (щонайбільше через 24 місяці після дати підпису)*

Подія: _____

(Подія має настати щонайбільше через 24 місяці. Такі події, як «смерть», «припинення дії поліса» або «до скасування», указувати не можна. Через них цей дозвіл буде визнано недійсним і повернено).

*Якщо дату не вказано (залишено порожньою), дозвіл діятиме протягом 24 місяців від дати підпису.

Ставлячи підпис нижче, я погоджуюся, що ознайомився(лась) із цим дозволом і розумію його

Підпис особи X	Дата підпису
-------------------	--------------

або

Підпис представника особи X	Дата підпису
Ім'я та прізвище представника друківаними літерами	Ким доводиться**

****Прикладіть юридичну документацію, якщо ви законний опікун, законний піклувальник, маєте довіреність або інші юридичні повноваження стосовно учасника.**

Щоб цей розділ був дійсним, має бути заповнено всі розділи. Учасник повинен зберігати копію заповненої форми.

Готові подати цю форму?

Надішліть її на таку адресу:

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

Маєте запитання? Зв'яжіться зі службою підтримки клієнтів ODS Community Dental за телефоном 800-342-0526. (Номер для користувачів TTY: 711.)

odscommunitydental.com/members

ODS Community Dental має дотримуватися законів штату й федерального законодавства щодо захисту прав. Ми не можемо несправедливо ставитися до одержувачів будь-яких наших послуг або учасників будь-яких наших програм на підставі їхнього віку, кольору шкіри, інвалідності, гендерної самоідентифікації, сімейного стану, національного походження, раси, релігії, статі чи сексуальної орієнтації. ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 888-788-9821 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 聾啞人專用：711。