

# Разрешение на использование и раскрытие медицинской информации



## УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ УЧАСТНИКА:

- Заполнение настоящей формы позволит компании Health Net, LLC (i) использовать Вашу медицинскую информацию в определенных целях и/или (ii) предоставлять доступ к Вашей медицинской информации лицу или организации, указанным Вами в настоящей форме.
- Вы не обязаны подписывать настоящую форму или давать разрешение на использование или предоставление доступа к Вашей медицинской информации. Услуги и льготы, доступные Вам в рамках плана Health Net, останутся неизменными в случае подписания Вами настоящей формы.
- Право на аннулирование (отзыв): Настоящая форма разрешения/согласия может быть отозвана в любое время, за исключением случаев, когда Health Net или другой законный владелец Вашей медицинской информации, которому разрешено предоставлять к ней доступ, уже действовал с Вашего согласия. Если Вы хотите аннулировать настоящую форму разрешения, заполните форму отзыва на стр. 3 и отправьте ее по адресу, указанному в нижней части страницы.
- Health Net не может гарантировать, что лицо или группа, которым нам разрешено передать Вашу медицинскую информацию, не раскроют ее кому-либо еще.
- Сохраняйте у себя копии всех отправляемых нам форм. При необходимости мы можем отправить Вам копии.
- Заполните все данные в настоящей форме. По завершении отправьте ее по адресу, указанному в нижней части стр. 2.

## Информация об участнике

Имя участника (печатными буквами):

Дата рождения участника:     /     /

Идентификационный номер участника:

**Я ДАЮ Health Net СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В УКАЗАННЫХ ЦЕЛЯХ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДОСТУПА К МОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЛИЦУ ИЛИ ГРУППЕ, УКАЗАННЫМ НИЖЕ. ЦЕЛЬ ДАННОГО РАЗРЕШЕНИЯ:**

- Позволить Health Net помочь мне с моими льготами и услугами.  
 Разрешить Health Net использовать и предоставлять доступ к моей медицинской информации для \_\_\_\_\_.

## Лицо или группа, получающие информацию (добавьте дополнительных лиц или группы на стр. 2)

Имя (лицо или группа):

Номер дома и улица:

Город:

Штат:

Индекс:

Телефон:

## Я даю Health Net согласие на использование или предоставление доступа к следующей медицинской информации:

- Вся моя медицинская информация (**ВКЛЮЧАЯ:** генетическую информацию, информацию об услугах и результаты анализов. Сюда также входят данные и записи о ВИЧ/СПИД, а также данные и записи о психиатрическом лечении [за исключением записей о психотерапевтическом лечении]. К медицинской информации также относятся данные и записи о рецептурных лекарственных препаратах, а также данные и записи об употреблении алкоголя и наркотиков) **ИЛИ**
- Вся моя медицинская информация, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ следующего (отметьте необходимые пункты):**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Генетическая информация, информация об услугах и результаты анализов | <input type="checkbox"/> Данные и записи о психиатрическом лечении (за исключением записей о психотерапевтическом лечении) |
| <input type="checkbox"/> Данные и записи о ВИЧ/СПИД   | <input type="checkbox"/> Данные и записи о рецептурных лекарственных препаратах  |
| <input type="checkbox"/> Данные и записи об употреблении алкоголя и наркотиков                | <input type="checkbox"/> Прочее: _____   |

## Истечение срока действия разрешения

Настоящее разрешение потеряет свою силу / / (мм/дд/гг). Оно будет действительно не более одного года. Если дата не указана, срок его действия истечет через год после указанной ниже даты.

Подпись участника (участник или законный представитель ставят свою подпись здесь):

Дата: / /

Если Вы подписываетесь за участника, опишите ниже, откуда Вы знаете участника. Если Вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже. Кроме того, отправьте нам копии данных форм (например, доверенности или приказа об установлении опеки).

## Другие лица или организации, получающие информацию

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если Вы даете согласие на раскрытие записей о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, получателю, который не является сторонним плательщиком или поставщиком медицинских услуг, учреждением или программой, предоставляющим Вам услуги, например биржей медицинского страхования или научно-исследовательской организацией (далее — «организация-получатель»), Вы должны указать имя лица или название организации, в которой Вы получаете услуги, или просто указать, что Ваши записи о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, могут быть раскрыты Вашему текущему и будущим поставщикам медицинских услуг в данной организации-получателе.

Имя (лицо или организация):

Номер дома и улица:

Город:

Штат:

Индекс:

Телефон:

Имя (лицо или организация):

Номер дома и улица:

Город:

Штат:

Индекс:

Телефон:

Имя (лицо или организация):

Номер дома и улица:

Город:

Штат:

Индекс:

Телефон:

### Отправьте заполненную форму по адресу:

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

Телефон: 800-275-4737, факс: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, LLC и Centene Corporation. Health Net — зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.

FRM207452RH01w (5/21)

# Отзыв разрешения на использование и/или раскрытие медицинской информации



Я хочу аннулировать или отозвать данное Health Net согласие на использование моей медицинской информации в определенных целях и согласие на предоставление доступа к моей медицинской информации какому-либо лицу или группе.

Лицо или группа, получившие информацию			
Имя (лицо или группа):			
Номер дома и улица:			
Город:	Штат:	Индекс:	Телефон:
Дата подписания разрешения (если известна):     /     /			
Информация об участнике			
Имя участника (печатными буквами):			
Дата рождения участника:     /     /		Идентификационный номер участника:	
<p>Я понимаю, что моя медицинская информация могла быть к настоящему моменту использована или раскрыта на основании согласия, данного мной ранее (включая, если необходимо, записи о расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ). Я также знаю, что данное аннулирование относится только к данному мной согласию на использование моей медицинской информации в определенных целях или согласию на предоставление доступа к моей медицинской информации какому-либо лицу или группе. <b>Оно не аннулирует какие-либо другие формы разрешения, подписанные мной</b> в отношении моей медицинской информации:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Использование в других целях.</li><li>2. Передача другому лицу или группе.</li></ol>			
Подпись участника (участник или законный представитель ставят свою подпись здесь):			Дата:
Если Вы подписываетесь за участника, опишите ниже, откуда Вы знаете участника. Если Вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже. Кроме того, отправьте нам копии данных форм (например, доверенности или приказа об установлении опеки).			

Health Net прекратит использование или предоставление доступа к Вашей медицинской информации после получения и обработки настоящей формы. Используйте почтовый адрес, указанный ниже. Если Вам нужна помощь, Вы также можете позвонить по номеру, указанному ниже.

## Health Net Eligibility Department

P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

Телефон: 800-275-4737, факс: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, LLC и Centene Corporation. Health Net — зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.

FRM207452RH01w (5/21)