



## **РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Я разрешаю Фонду медицинского страхования штата Нью-Йорк (Фонд), а также его официальным представителям, агентам, подрядчикам и уполномоченным лицам, включая Public Consulting Group, Inc. (PCG) и сторонам, указанным ниже, использовать и раскрывать любую и всю индивидуально идентифицируемую медицинскую информацию и данные о состоянии здоровья, как описано ниже, в отношении: \_\_\_\_\_ (Пациент) с определенной целью предоставления Пациенту льгот и ведения пациента в рамках деятельности Фонда. Я понимаю, что информация о Пациенте, которую я разрешаю использовать или раскрывать, может быть повторно раскрыта ее получателем в соответствии с условиями настоящего Разрешения.

Я отдельно даю разрешение (i) любым представителям медицинских учреждений, в том числе, врачам, медсестрам, фельдшерам, помощникам врачей, эрготерапевтам, физиотерапевтам, программам раннего вмешательства, психологам, социальным работникам, диетологам, фармацевтам и хиропрактикам, которые, помимо прочего, лицензированы или иным образом уполномочены в соответствии с разделом VIII Закона об образовании штата Нью-Йорк (или аналогичным документом другого штата или округа Колумбия); (ii) больницам, школам, дошкольным программам, общественным организациям, программам штата и/или федеральным программам, которые предоставляли, в настоящее время предоставляют или могут предоставлять льготы Пациенту, а также (iii) плательщикам третьей стороны, предоставлять индивидуально идентифицируемые медицинские данные или информацию о состоянии здоровья Пациента любым способом, включая письменные или устные сообщения, независимо от того, присутствую ли я этот момент, был ли уведомлен об этом, а также я уполномочиваю PCG инициировать, участвовать и предоставлять такие сообщения от имени Фонда, независимо от того, присутствую я, или нет, или был ли уведомлен об этом.

1. **В отношении какой информации действует настоящее Разрешение?** Настоящее Разрешение действует в отношении всех медицинских данных и информации о состоянии здоровья Пациента, включая диагнозы, меры по уходу и лечению.

Раскрываемая информация о Пациенте может включать медицинские данные или информацию о состоянии здоровья, полученную от других медицинских учреждений, общественных организаций и образовательных учреждений.

2. **Кто может раскрывать и получать информацию в соответствии с настоящим Разрешением?** PCG вправе, без моего дополнительного разрешения, повторно раскрывать любую и всю индивидуально идентифицируемую медицинскую информацию и данные о состоянии здоровья Пациента (i) любым медицинским учреждениям, лицензированным или иным образом уполномоченным в соответствии с разделом VIII Закона об образовании штата Нью-Йорк (или аналогичным документом другого штата или округа Колумбия), (ii) больницам, школам, дошкольным программам, общественным организациям, федеральным и/или программам штатов, которые предоставляли, в настоящее время предоставляют или могут предоставлять льготы Пациенту, а также (iii) плательщикам третьей стороны. Я также разрешаю PCG повторно раскрывать индивидуально идентифицируемую медицинскую информацию и данные о состоянии



## Medical Indemnity Fund

здоровья Пациента другим членам семьи или сторонам, которые в состоянии, и от которых требуется предоставить информацию, такую как дата рождения Пациента, номер социального страхования и т.д. в качестве условия предоставления такой информации.

3. **Каков срок действия настоящего Разрешения?** Настоящее Разрешение действует в течение всего времени регистрации Пациента в Фонде, но не позже даты достижения Пациентом возраста 18 лет, если он или она на тот момент имеет возможность принимать решения относительно вопросов здравоохранения.
4. **Отзыв настоящего Разрешения** Если иное не предусмотрено федеральным законом или законодательством штата, я понимаю, что я в любое время могу отозвать настоящее Разрешение, уведомив об этом Администратора Фонда в письменной форме, при этом мой отзыв вступает в силу после получения Администратором Фонда моего уведомления об отзыве. Я также понимаю, что мой отзыв настоящего Разрешения не окажет никакого влияния на любые действия, предпринятые Администратором Фонда до момента получения им моего отзыва.
5. **Обработка требований страхового возмещения** Я понимаю, что настоящее Разрешение, в целом, необходимо для обработки требований Пациента о страховом возмещении. Я также понимаю, что отказ от подписания настоящего Разрешения может стать препятствием или затруднить обработку требований Пациента о страховом возмещении.
6. **Отказ от подписания** Я также понимаю, что медицинские учреждения Пациента не будут ставить лечение, регистрацию или критерии отбора Пациента в зависимость от моего отказа подписать настоящее Разрешение.

Я понимаю, что имею право запросить и получить подписанную копию настоящего Разрешения. Фотокопия настоящего Разрешения действительна и принимается аналогично оригиналу.

\_\_\_\_\_  
Подпись Пациента или Представителя Пациента

\_\_\_\_\_  
Адрес пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи Пациента или Представителя Пациента

\_\_\_\_\_  
Кем Представитель приходится Пациенту

\_\_\_\_\_  
Номер социального страхования Пациента

\_\_\_\_\_  
Дата подписания

\_\_\_\_\_  
Дата рождения Пациента