

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION (PC AND PN ROI)

Davis Community Clinic
2051 John Jones Road
Davis, CA 95616
Fax: 530-758-8490

Hansen Family Health Center
215 West Beamer Street
Woodland, CA 95695
Fax: 530-204-5295

Salud Clinic
500 B Jefferson Blvd #180
West Sacramento, CA 95605
Fax: 530-204-5248

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТАХ PATIENT INFORMATION

Имя пациента: Patient Name _____ Дата рождения: DOB _____
 Адрес: Address _____ Город: City _____
 Штат: State _____ Почтовый индекс: Zip _____ Телефон: Phone _____
 Адрес электронной почты: email _____

Я РАЗРЕШАЮ ССНС МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ: I HEREBY AUTHORIZE CCHC TO

Проверьте это поле, если тому же пациенту который перечислен выше.
 Check this box if same as patient listed above.

Отправить в: Release to: _____
 Или OR
 Запросить от: Request from: _____

Имя лица или организации: Name of Person or Organization _____
 Адрес: Address _____ Город: City _____
 Почтовый индекс: Zip _____ Телефон/Факс: Phone/Fax _____

ЦЕЛЬ ЗАПРАШИВАЕМОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛИ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ PURPOSE OF USE/DISCLOSURE

Непрерывность ухода—Дата встречи с врачом: Continuity of Care—Appointment Date with Physician _____
 Пациента Patient Страхование Insurance Другое: Other _____

Тип выпуска (выбрать один) TYPE OF RELEASE (SELECT ONE)

Бумажная копия Paper Copy Компактный диск CD
 Словесный обмен (без копий) Verbal Exchange (no copies)
 Электронная почта - зашифровано Email – encrypted
 Электронная почта - без шифрования* Email – non-encrypted*

Способ Доставки (Выберите один) Delivery Method (Select one)

Забрать лично Pick-Up По почте Mail Факс Fax

Адрес электронной почты: email _____

* Отправка **незашифрованной** электронной почты увеличивает риск того, что информация может быть прочитана неавторизованной стороной.
 Sending **non-encrypted** email increases the risk that information could be read by an unauthorized party.

**AUTHORIZATION FOR USE AND
DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION (PC AND PN ROI)**

Place Patient Label Here

ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ EXPIRATION

Это разрешение вступает в силу немедленно и остается в силе в течение одного (1) года с подписанной даты, если не указана другая дата здесь: _____. This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for one (1) year from the date signed unless a different date is specified here _____.

ОГРАНИЧЕНИЯ RESTRICTIONS

Калифорнийское законодательство запрещает получателю раскрывать информацию о вашем здоровье, если получатель не получит другое разрешение от вас или если раскрытие не требуется или разрешено законом. Эта защита не распространяется на получателей за пределами штата Калифорнии. California law prohibits the recipient from making further disclosure of your health information unless the recipient obtains another authorization from you or unless the disclosure is required or permitted by law. This protection does not extend to recipients outside the state of California.

ВАШИ ПРАВА YOUR RIGHTS

- Я могу отказать в подписании этого разрешения, и мой отказ не повлияет на мою способность получить лечение или оплату. I may refuse to sign this authorization and my refusal will not affect my ability to obtain treatment.
- Я могу отозвать это разрешение в любое время. Мой отзыв должен быть в письменной форме, подписан мной или от моего имени, и доставлен по этому адресу. I may revoke this authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me or on my behalf, and delivered to this address.

CommuniCare Health Centers
PO Box 1260
Davis, CA 95617

- Мой отзыв будет действовать после получения, но не будет иметь никакого влияния на использование или раскрытие, сделанное в то время как мое разрешение было действительным. My revocation will be effective upon receipt but will have no impact on uses or disclosure made while my authorization was valid.
- Я имею право получить копию этого разрешения. I have a right to receive a copy of this authorization.
- Я могу проверить и получить копию медицинской информации, о которой я разрешаю использование или раскрытие. I may inspect and obtain a copy of the health information of which I am authorizing the use or disclosure of my health information.

Подпись SIGNATURE

Подпись: _____ Дата: _____
Signature Пациент или юридический представитель Patient or Legal Representative Date

Если подписано другим лицом чем пациент, предоставьте имя и отношение к пациенту:
If signed by other than the patient, print name and relationship

Имя Name: _____ Отношения Relationship: _____