



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