

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) координирование медицинского обслуживания для:
Pennsylvania Health Choices – округа Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery и Northampton

Защищенная медицинская информация (PHI) — информация о вашем здоровье. Федеральные законы и законы штатов защищают конфиденциальность вашей PHI. Согласно положениям законов, мы не имеем права предоставлять вашу PHI кому-либо кроме ваших врачей или Pennsylvania Health Choices, если только вы не дадите на это свое **согласие**. Подписывая данный документ, вы даете нам свое **согласие**. Мы будем предоставлять прочим лицам только ту PHI, которой вы разрешили нам распоряжаться. И мы будем предоставлять эту информацию только тем лицам или агентствам, которые вы перечислили. У вас есть вопросы? Мы вам поможем. Позвоните в Magellan по телефону:

Округ Bucks: 1-877-769-9784	Округ Cambria: 1-800-424-0485	Округ Lehigh: 1-866-238-2311	Округ Montgomery: 1-877-769-9782	Округ Northampton: 1-866-238-2312
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Участники с нарушениями слуха могут связаться с нами с помощью службы PA Relay по номеру 7-1-1

ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОЛНИТЬ ВСЕ ЧАСТИ ЭТОЙ ФОРМЫ. ЕСЛИ КАКАЯ-ЛИБО ЧАСТЬ ОСТАНЕТСЯ НЕЗАПОЛНЕННОЙ, ОНА БУДЕТ ВОЗВРАЩЕНА ВАМ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ.

Часть 1 Кто является участником?			
Фамилия	Имя	Отчество	
Идентификационный номер	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Номер телефона (с зоновым кодом)	
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

Отметьте один вариант:

Я являюсь участником, ИЛИ У меня есть законное право действовать от имени данного лица. (Отметьте Я его или ее: Родитель, ИЛИ Опекун / Другое лицо (требуется юридическая документация)

Часть 2 Кто может предоставлять PHI прочим лицам?

Magellan имеет право раскрывать вашу PHI. Magellan координирует предоставляемые вам услуги по охране психического здоровья и / или лечение от алкогольной и наркотической зависимости в рамках Pennsylvania Health Choices в вашем округе.

Часть 3 Кому может быть предоставлена PHI?

Напишите имя и фамилию лица ИЛИ название места / учреждения / врача, которые могут владеть вашей PHI. Нам также нужен номер телефона и адрес, если вы их знаете. Укажите в этой части только одно (1) лицо или место.

Имя / Наименование / Учреждение / Врач (укажите как можно точнее)	Номер телефона (с зоновым кодом)
Адрес	Город, штат, почтовый индекс

Часть 4 Какую РНІ мы можем раскрывать?

Мы будем раскрывать **только** ту РНІ, которую вы **разрешите**. Напишите на предложенных ниже строчках, какую именно РНІ мы можем предоставлять прочим лицам. По возможности укажите дату или место (например, «информация обо всех медицинских услугах, которые были предоставлены мне в июне 2011 года»). Эти сведения могут включать факты о ваших лекарствах, вашем психическом здоровье и / или вашем лечении алкоголизма и наркомании. Данная категория не распространяется на заметки психотерапевта, которые не внесены в вашу медицинскую карту.

Если можно включить такого рода медицинскую информацию в РНІ, которую выше вы разрешили нам раскрывать, сообщите нам, поставив отметку в соответствующем поле.

(Отметьте все, что применимо):

ВИЧ / СПИД

Записи о злоупотреблении
алкоголем / психоактивными
веществами

Сексуальное / физическое /
психическое насилие

ПЕРЕВЕРНИТЕ ЭТУ СТРАНИЦУ

Часть 5 Почему вы раскрываете эту РНІ?

Расскажите нам, **почему** вы хотите, чтобы мы раскрыли вашу РНІ (этот раздел является обязательным для заполнения, его нельзя оставлять пустым):

Часть 6 Когда заканчивается действие моего разрешения?

Сообщите нам дату или событие, с наступлением которых вы желаете, чтобы мы прекратили предоставлять вашу медицинскую информацию. Ваше разрешение прекратит свое действие тогда, когда вы сообщите об этом.

Сообщите нам, когда вы желаете отозвать свое согласие:

Действие моего согласия

заканчивается с

наступлением этой даты _____ (Введите дату в этой пустой строке. Если вы не сообщите нам дату окончания действия вашего согласия, мы аннулируем его через год с момента его подписания вами.)

ИЛИ

Действие моего согласия

заканчивается с наступлением

этого события: _____

(Пример: *можете однократно раскрыть мою информацию в данной ситуации*. Или «когда я выйду из больницы через месяц». Нельзя выбрать вариант «навсегда» или «когда я умру». Событие должно произойти в течение одного года с момента подписания.)

Часть 7 Ваши права и важные факты

- Предоставление согласия является добровольным. Вы не обязаны раскрывать свою информацию.
- Вы не обязаны соглашаться с данным документом. Вы в любом случае будете продолжать получать льготы и лечение.
- Вы можете отозвать свое согласие. Вы должны сообщить нам об этом в письменной форме. Отправьте письмо по почте на адрес: Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc., 105 Terry Drive, Suite 103, Newtown, PA 18940.
- Что, если вы решите отозвать свое согласие? Это не позволит отозвать РНІ, которая уже была нами раскрыта. Но мы не будем раскрывать вашу РНІ в дальнейшем.
- Когда мы раскрываем вашу РНІ указанным вами лицам или организациям, они, в свою очередь, могут передавать ее другим лицам. Не все обязаны соблюдать правила защиты конфиденциальности.
- Вы имеете право на получение копии данного согласия с вашей подписью. Если вам нужна дополнительная копия, позвоните в Magellan по указанному выше номеру.
- Если вы что-то не понимаете или у вас возникли вопросы, мы можем помочь. Позвоните в Magellan по

указанному выше номеру.

- Вы должны получить копию этого документа с подписью. Помните, что защищенная медицинская информация (PHI) означает любую информацию о вашем здоровье в прошлом, настоящем или будущем. Она включает в себя такие факты, как ваш адрес и дата рождения. Полное определение PHI представлено в главе 45 CFR §160.103.

Часть 8 Подпись участника

Я даю свое **согласие** на раскрытие информации, указанной в данном документе.

Подпись или знак участника

Дата (обязательно)

Часть 9 Подпись уполномоченного представителя (при наличии такового)

Термин «Уполномоченный представитель» означает, что вы имеете законное подтверждение права действовать от имени данного лица. Представитель ставит подпись за то лицо, которое не в состоянии сделать это самостоятельно. Если участник младше 18 лет, родитель или опекун обязан поставить подпись ниже, в дополнение к подписи несовершеннолетнего. Если у вас есть юридические доказательства того, что вы можете действовать от имени этого человека, предоставьте эту документацию вместе с этой формой.

Подпись лица, подписывающего от имени
участника

Дата (обязательно)

Имя и
фамилия
печатными
буквами: _____

Телефон: _____

Адрес: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ, КТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Эта информация была предоставлена вам из источников, конфиденциальность которых может быть защищена федеральным законодательством и / или законами штата. Если она защищена федеральными законами относительно конфиденциальности информации о злоупотреблении алкоголем или наркотическими средствами (42 CFR Часть 2), вам запрещается распространять эту информацию за исключением случаев, когда у вас имеется письменное разрешение на такое раскрытие от лица, которого касается такая информация, или если соблюдаются условия 42 CFR Части 2. Общего согласия на раскрытие медицинской и иной информации НЕДОСТАТОЧНО для этих целей. Федеральные законы ограничивают любое использование информации в целях уголовного расследования или судебного преследования пациента, злоупотребляющего алкоголем или наркотическими средствами.