

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) регульоване медичне обслуговування для:  
**Pennsylvania Health Choices – округи Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery і Northampton**

**Захищена медична інформація (PHI)** означає інформацію про ваше здоров'я. Федеральні закони і закони штату захищають конфіденційність вашої ЗМІ. За законом ми не можемо надати вашу захищену медичну інформацію нікому, крім ваших лікарів або Pennsylvania Health Choices, якщо ви не **дасте своєї згоди**. Підписуючи цей документ, ви даєте свою **згоду**. Ми будемо надавати лише ту інформацію, якою, за вашими словами, ми можемо поділитися. Також ми передаватимемо її тільки тим людям або агентствам, які ви вкажете. Чи маєте ви запитання? Ми можемо допомогти Вам. Зателефонуйте в компанію Magellan за наступними номерами:

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

Учасники з вадами слуху можуть зв'язатися з нами за допомогою PA Relay 7-1-1

**ВИ МАЄТЕ ЗАПОВНИТИ ВСІ ЧАСТИНИ ЦЬОЇ ФОРМИ. ЯКЩО БУДЬ-ЯКА ЧАСТИНА ФОРМИ НЕ БУДЕ ЗАПОВНЕНА, ФОРМУ ПОВЕРНУТЬ ВАМ ДЛЯ ВИПРАВЛЕННЯ.**

Частина 1 Хто є учасником?			
Прізвище	Ім'я		Середнє ім'я
Ідентифікаційний номер	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)	Номер телефону (з кодом міста)	
Адреса	Місто	Країна	Поштовий індекс

**Перевірте:**

- Я є учасником Для цієї особи я:  Один з батьків  АБО  Опікун/інша відповідальна особа (необхідно надати юридичну документацію)  Я маю законне право діяти від імені цієї особи. (Поставте одну з позначок нижче; якщо «інше», заповніть порожнє поле):

**Частина 2 Хто може надати захищену медичну інформацію?**

Компанія Magellan може надати вашу захищену медичну інформацію. Компанія Magellan керує вашим психічним здоров'ям та/або лікуванням наркоманії та алкоголізму в Пенсильванії у вашому окрузі.

**Частина 3 Кому можуть надати захищену медичну інформацію?**

Будь ласка, напишіть **ім'я та прізвище особи АБО назву місця/закладу/лікаря**, який може отримати вашу захищену медичну інформацію. Нам також потрібен номер телефону та адреса, якщо ці дані вам відомі. Вкажіть лише одну (1) особу або місце в цій частині.

Ім'я/установа/лікар (будь ласка, вкажіть дані якомога точніше)	Номер телефону (з кодом міста)
Адреса	Місто, країна й поштовий індекс

**ПОДАЛЬША ІНФОРМАЦІЯ НА ЗВОРОТІ**

#### Частина 4

#### Якою захищеною медичною інформацією ми можемо поділитися?

Ми надамо **лише** ту захищену медичну інформацію, яку ви **дозволяєте**. У рядках нижче запишіть, який тип захищеною медичною інформації ми можемо надати. Вкажіть дату або місце, якщо можете (наприклад, «вся інформація про моє лікування у червні 2011 року»). Вона може включати факти про ваші ліки, ваше психічне здоров'я та/або лікування від алкоголю та наркотиків. Це не поширюється на психотерапевтичні нотатки, яких немає у ваших медичних картах.

---

Якщо можна включати таку інформацію про здоров'я в захищену медичну інформацію, яку ви попросили надати нам вище, повідомте про це, поставивши позначку.

**(Позначте все, що підходить):**

ВІЛ/СНІД

речовинами

Записи про зловживання  
алкоголем/психоактивними

Сексуальне/фізичне/психологічне  
насильство

#### Частина 5

#### Чому ви надаєте цю захищену медичну інформацію?

Повідомте нам, **чому** ви хочете, щоб ми надали доступ до вашої захищеної медичної інформації (цей розділ має бути заповнений і не може залишатися порожнім):

---

#### Частина 6

#### Де закінчується моя згода?

Будь ласка, повідомте нам дату або подію, коли ви хочете, щоб ми припинили надавати вашу медичну інформацію. Ваша згода закінчиться, коли ви повідомите нам про це. **Повідомте нам, коли закінчується ваша згода:**

**Моя згода закінчується** \_\_\_\_\_ (Будь ласка, впишіть дату в цей рядок. Якщо ви не повідомите **в цей день** \_\_\_\_\_ нам про момент закінчення вашої згоди, тоді ми перестанемо надавати вашу інформацію вже через рік після підписання вами цього документу)

**АБО**

**Моя згода закінчується, якщо:** \_\_\_\_\_  
(Це може бути щось на зразок – *ви можете надати мою інформацію цього разу*. Або «через місяць після того як я вийду з лікарні». Це не може бути «назавжди» або «коли я помру». Подія має відбутися протягом року з моменту вашого підпису)

#### Частина 7

#### Ваші права та важливі факти

- Саме ви вирішуєте, чи давати згоду. Ви не мусите надавати свою інформацію.
- Вам не потрібно давати згоду на цей документ. Ви все одно продовжите отримувати пільги і лікування.
- Ви можете забрати назад свою згоду. Але ви маєте повідомити нас про це письмово. Надішліть повідомлення на адресу: Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc., 105 Terry Drive, Suite 103, Newtown, PA 18940
- Що відбуватиметься, якщо ви заберете свою згоду? Це не поверне захищену медичну інформацію, яку ми вже надали. Але ми більше не надаватимемо вашу ЗМІ.
- Якщо ми надамо вашу ЗМІ людям або установам, які ви вказали, вони можуть надати її іншим. Правил конфіденційності повинні дотримуватися не всі.
- Ви маєте право отримати копію підписаної згоди. Якщо вам потрібна інша копія, зателефонуйте в компанію Magellan за номером, вказаним вище.
- Якщо ви чогось не розумієте або маєте запитання, ми можемо допомогти. Зателефонуйте в компанію Magellan за вказаним вище номером.
- Ви маєте отримати копію цього підписаного документа. Пам'ятайте, що захищена медична інформація (ЗМІ) означає будь-яку інформацію про ваше здоров'я в минулому, теперішньому чи майбутньому. Вона містить такі факти, як ваша адреса та дата народження. Повне визначення захищеної медичної інформації міститься в Розділі 45 CFR пп. 160.103.

**Частина 8 Підпис учасника**

Я даю згоду надавати інформацію, зазначену в цьому документі.

Підпис або відмітка учасника

Дата (обов'язково)

**Частина 9 Підпис уповноваженого представника (за наявності)**

Термін «Уповноважений представник» означає, що ви маєте юридичні права діяти від імені цієї особи. Представник ставить підпис за людину, яка за законом не може зробити це самостійно. Якщо учаснику менше 18 років, за неповнолітнього має підписатися один із батьків або опікун. Якщо у вас є юридичний доказ того, що ви можете діяти від імені цієї особи, надішліть цю документацію разом із цією формою.

Підпис особи, яка діє від імені учасника

Дата (обов'язково)

Ім'я

прописом:

Телефон:

Адреса:

**ПОВІДОМЛЕННЯ ДЛЯ ІНШИХ ОСІБ, ОКРІМ УЧАСНИКА**

Ця інформація була надана вам із матеріалів, конфіденційність яких може бути захищена федеральним законом та/або законом штату. Якщо матеріали захищаються федеральними законами про конфіденційність медичних даних пацієнтів, що зловживають алкоголем і наркотиками (42 CFR, Частина 2), вам забороняється розголошувати цю інформацію в подальшому, якщо інше прямо не дозволено письмовою згодою особи, до якої вона відноситься, або як це передбачено 42 CFR Частина 2. Загальний дозвіл на розкриття медичної чи іншої інформації НЕ є достатнім для цієї мети. Федеральні норми обмежують будь-яке використання інформації для кримінального розслідування або судового переслідування будь-якого пацієнта, який зловживає алкоголем або наркотиками.