SF Department of Public Health
SF Health Network

РАЗРЕШЕНИЕ на передачу всей информации, связанной с употреблением психоактивных веществ (употребление наркотиков и алкоголя).

PERMISSION TO SHARE YOUR SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) TREATMENT NOTES

NAME

DOB

MRN

Patient Label/Information

Департамент общественного здравоохранения Сан-Франциско (DPH) стремится предоставить вам наилучший уход. Члены нашей клинической команды должны знать всю вашу историю болезни и лечение в DPH, чтобы они могли предложить вам самое безопасное и лучшее лечение. Для этого мы просим вашего разрешения на передачу всей информации, связанной с употреблением психоактивных веществ (употребление наркотиков и алкоголя).

Заполнение этого документа означает, что вы даете разрешение на использование и/или раскрытие информации о вашем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, как подробно описано ниже, в соответствии с законодательством штата Калифорния и федеральным законодательством. Пожалуйста, предоставьте всю информацию, отмеченную звездочкой (*), в противном случае это разрешение недействительно.

*** Имя/Name**_____

*** Дата рождения/ Date of Birth**_____ **MRN/BIS#** _____

Кто может делиться и получать мою личную информацию об употреблении психоактивных веществ

Я разрешаю (выберите один из следующих*) **I authorize (select one of the following*)**

_Initials_____ Все пользователи электронных медицинских карт SFDPH (EHR) Сюда входят, помимо прочего, поставщики медицинских услуг и уполномоченный персонал DPH, UCSF и других партнеров сообщества DPH.

OR

__Initials_____ В дополнение к вышеизложенному, я ТАКЖЕ даю согласие на то, чтобы медицинские записи о моем употреблении психоактивных веществ распространялись через систему обмена медицинской информацией, такую как Epic CareEverywhere. Этот обмен позволит другим медицинским организациям или поставщикам медицинских услуг, где я получаю помощь, иметь доступ к моим медицинским записям об употреблении психоактивных веществ.

Чем они будут делиться

Я понимаю, что некоторая информация должна быть задокументирована и опубликована в электронной медицинской карте DPH (EHR), например, медицинские диагнозы, лекарства, аллергии, прививки и результаты анализов. Эта информация распространяется среди медицинских специалистов с помощью электронной медицинской карты (EHR) DPH. Эта клиническая информация не может быть заблокирована от совместного использования.

Я понимаю, что информация о моем употреблении психоактивных веществ (наркотиков и алкоголя) может быть использована для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, финансовых и административных процедур; координация ухода и улучшение качества.

Как долго я даю свое разрешение на передачу этой информации
Я понимаю, что могу отозвать это разрешение в любое время. Если я не отзову свое согласие ранее, срок действия этого согласия автоматически истечет через десять (10) лет после даты моей смерти.

Повторное раскрытие — передача моей информации кому-то еще
Если медицинская информация раскрывается кому-либо, кто по закону не обязан сохранять ее конфиденциальность, она может быть повторно раскрыта (сообщена кому-то еще) и больше не может быть защищена. Это закон штата Калифорния.

МОИ ПРАВА

• Я могу принять решение не подписывать это разрешение.
• Я могу отозвать (передумать) разрешение на обмен моей информацией SUD в любое время. Изменение моего мнения должно быть оформлено в письменной форме, подписано мной или от моего имени кем-то, имеющим на это законные полномочия, и доставлено на местонахождение моего медицинского специалиста
• Мой отзыв (изменение моего мнения) вступит в силу, когда местонахождение моего медицинского специалиста получит его, но я понимаю, что моя информация, которой уже поделились, не может быть отозвана обратно.
• Я имею право получить копию этого разрешения.
• Если я откажусь дать согласие на раскрытие информации, я все равно буду получать услуги.

* Подпись/Signature: _____* Свидание/Date: _____

Подпись родителя/опекуна/опекуна: _____

ID переводчика/Interpreter: _____Witness:_____

NOTE TO RECIPIENT OF SUD INFORMATION:
Pursuant to Section 2.32 of 42 CFR, the following notice is also provided:
Federal law/42 CFR part 2 prohibits unauthorized disclosure of these records**.**

SFDPH Use Only: Patient has declined to sign this Permission Form. I have discussed this form and have answered the patient's questions. Patient has been informed that certain clinical information will be shared by all providers. Patient appears to understand our discussion and wishes to receive care.

Provider Signature_____ Date: _____