

Инструкции по заполнению формы SAPC «Согласие на лечение и координацию медицинской помощи»

Настоящая форма согласия предназначена для предоставления письменного разрешения на раскрытие и обмен Вашей медицинской информацией, включая информацию, защищенную в соответствии с **42 CFR, часть 2** (информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ), между Вашими нынешними, бывшими и будущими лечащими специалистами в рамках сети медицинских учреждений SAPC, а также внешними организациями или физическими лицами, указанными в настоящей форме согласия, по запросу Вас или Вашего уполномоченного представителя в целях лечения клиента и координации оказания медицинской помощи. В отношении информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), цель получения согласия и раскрытия информации должна соответствовать требованиям **42 CFR, часть 2**, а также всем применимым федеральным законам и законам штатов. Ваше согласие является добровольным, и вы вправе отказаться от подписания. Перед использованием ознакомьтесь с приведенными ниже инструкциями.

Внимательно прочтите каждый раздел

Данная форма содержит несколько разделов, в которых описывается следующее:

- **Какая информация** может быть передана
- **Кто** может отправлять и получать информацию
- **Почему** информация передается
- **Как долго** действует согласие
- **Ваши права** на отзыв или ограничение согласия на раскрытие информации

Перед подписанием просим вас внимательно **прочитать и изучить каждый раздел**.

Укажите, какая информация может быть раскрыта

Вы можете ограничить тип или объем раскрываемой информации. Вы можете дать разрешение на предоставление доступа к:

- вашей полной медицинской карте **или**
- указать информацию, которую вы разрешаете использовать и раскрывать

Кто может передавать и получать вашу информацию

Вы должны указать, кому вы разрешаете передачу информации. К ним могут относиться:

- Сеть медицинских учреждений SAPC или агентство (агентства), **либо**
- Выберите лечащих специалистов из сети медицинских учреждений SAPC или соответствующее агентство(а), **либо**
- Одна или несколько организаций/физических лиц либо посредников, не входящих в сеть медицинских учреждений SAPC или агентств

Пожалуйста, ознакомьтесь с разделом II «Организации, уполномоченные обмениваться медицинской информацией».

Ознакомьтесь со своими правами в соответствии с законом HIPAA (Закон об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан) и 42 CFR, часть 2

В настоящей форме изложены ваши права, предусмотренные федеральным законодательством и законодательством штата. Вы имеете право на:

- **отказ от подписания** данного согласия
- **отзыв** своего согласия в любое время в письменной форме или лично
- **получение копии** заполненной формы
- **ограничение** объема передаваемой информации
- **обеспечение мер по защите конфиденциальности**, включая ограничения на повторное раскрытие информации

Более подробную информацию о ваших правах в соответствии с законом HIPAA и положениями 42 CFR, часть 2, вы найдете в разделе IV «Прочая важная информация» и разделе VI «Уведомление, прилагаемое к раскрытию информации».

Истечение срока действия согласия

Настоящее согласие будет действовать до тех пор, пока вы будете получать услуги от сети медицинских учреждений SAPC, если только вы не решите его отозвать.

Более подробную информацию о ваших правах в отношении предоставления согласия вы найдете в разделе IV «Прочая важная информация» и разделе VII «Отзыв согласия».

Отзыв Вашего согласия

Вы можете отозвать свое согласие в любое время, уведомив об этом своего лечащего специалиста или представителей программы в письменной форме или лично. Отзыв **не** приводит к удалению информации, которая уже была передана до получения уведомления об отзыве.

Более подробную информацию о том, как отозвать свое согласие, Вы найдете в разделе IV «Прочая важная информация» и разделе VII «Отзыв согласия».

Электронный обмен и безопасность

Все раскрытия информации — в том числе осуществляемые в электронном виде — должны соответствовать следующим требованиям:

- требования закона **НІРАА**
- **42 CFR, часть 2**
- другие применимые федеральные законы и законы штата **о конфиденциальности**

Подпишите форму и укажите дату

Ваша подпись подтверждает, что:

- Вы **понимаете** информацию, содержащуюся в форме
- Вы **даете разрешение на раскрытие** указанной **информации**
- Вы **понимаете свои права** согласно НІРАА и 42 CFR, часть 2

При подписании в качестве **законного представителя** вы обязаны указать свои полномочия на это. К примерам юридически уполномоченных лиц относятся: родитель, законный опекун, попечитель, исполнитель завещания, лицо, уполномоченное по доверенности, и/или ближайший родственник. Вам потребуется предоставить дополнительные документы, подтверждающие Ваши полномочия или родственную связь.

Если вы выступаете в качестве свидетеля при подписании документа отметкой, пожалуйста, заполните соответствующий раздел, указав свои данные.

Верните заполненную форму

Верните подписанную форму поставщику услуг, организатору программы или учреждению, ответственному за рассмотрение Вашего запроса. Вы можете запросить копию для сохранения в своих документах.

ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ О РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, В ЦЕЛЯХ ЛЕЧЕНИЯ И КООРДИНАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Цель получения согласия и раскрытия информации: Настоящая форма согласия разрешает передачу медицинской информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), которая подпадает под защиту положений 42 CFR, Часть 2, между нынешними, бывшими и будущими лечащими специалистами клиента в рамках сети медицинских учреждений SAPC, а также внешним организациям или физическим лицам, указанным в настоящей форме согласия, по запросу клиента или его уполномоченного представителя в целях лечения клиента и координации оказания ему медицинской помощи. Пожалуйста, укажите, даете ли Вы согласие на обмен информацией между Вашими нынешними, бывшими и будущими лечащими специалистами в рамках сети медицинских учреждений SAPC, либо между сетью медицинских учреждений SAPC и одной или несколькими внешними организациями/физическими лицами или посредниками, не входящими в сеть медицинских учреждений SAPC, выбрав один или оба из приведенных ниже вариантов:

☐ В рамках сети медицинских учреждений SAPC

☐ Вне сети медицинских учреждений SAPC

Выбор, сделанный в данном разделе, должен совпадать с выбором, сделанным в разделе II. Организации, уполномоченные обмениваться медицинской информацией.

I. ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

ФИО (Фамилия, имя и отчество):	Дата рождения:	Номер Medi-Cal:
Адрес электронной почты: Предоставляя свой адрес электронной почты, вы даете разрешение SAPC и сети медицинских учреждений SAPC связываться с вами по электронной почте.	Номер телефона:	Последние 4 цифры номера социального страхования (SSN):
Адрес:		Номер Sage ID:

II. ОРГАНИЗАЦИИ, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ ОБМЕНИВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Настоящим я разрешаю моим нынешним, бывшим и будущим лечащим специалистам передавать мою медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), защищенную в соответствии с 42 CFR, часть 2, указанным ниже организациям в соответствии с данным запросом в целях моего лечения и координации медицинской помощи.

Выберите один или несколько вариантов ниже. Можно выбрать только один из вариантов в разделе «В сети медицинских учреждений SAPC». Выбранные ниже варианты должны совпадать с вариантами, выбранными в верхней части настоящего документа.

☐ **Вся сеть медицинских учреждений SAPC:** все лечащие медицинские учреждения входят в сеть SAPC. Если это единственный вариант, перейдите к разделу III. Объем раскрываемой информации.

☐ Выберите **агентство (агентства) — поставщика услуг SAPC:** с указанием ниже перечисленных лечащих специалистов из сети медицинских учреждений SAPC.

☐ **За пределами сети медицинских учреждений SAPC:** с указанными ниже организациями/физическими лицами или посредниками, не входящими в сеть медицинских учреждений SAPC.

В поле, указанном ниже, укажите контактные данные выбранного учреждения(й) из сети медицинских учреждений SAPC и/или сторонних организаций, которым Вы разрешаете раскрытие Вашей защищенной информации, касающейся расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD). Если потребуется дополнительное место, просим приложить к концу настоящей формы согласия отдельный лист с перечнем указанных юридических лиц.

1. Название организации: _____
 Адрес: _____
 Номер телефона: _____ Факс: _____
 Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____

2. Название организации: _____
Адрес: _____
Номер телефона: _____ Факс: _____
Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____
3. Название организации: _____
Адрес: _____
Номер телефона: _____ Факс: _____
Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____

III. ОБЪЕМ РАСКРЫВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я разрешаю организациям, указанным в разделе II, передавать указанную ниже защищенную медицинскую информацию.

Выберите один из вариантов ниже.

☐ Вся моя медицинская карта

☐ Другое: _____

Укажите, какую информацию вы разрешаете использовать и раскрывать.

IV. ПРОЧАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Подписывая настоящую форму согласия, я подтверждаю, что понимаю следующее:

- **Срок действия согласия** — Настоящее разрешение остается в силе до тех пор, пока я получаю услуги от сети медицинских учреждений SAPC, если оно не будет отозвано иным образом.
- Мои медицинские записи, касающиеся лечения алкогольной и/или наркотической зависимости, защищены в соответствии с федеральными нормами, регулирующими конфиденциальность и ведение медицинских записей пациентов, страдающих наркотической зависимостью (42 C.F.R., часть 2), а также Законом об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан 1996 года («HIPAA») (45 C.F.R., части 160 и 164), и не могут быть раскрыты без моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующими нормами.
- Я имею право получить копию настоящего согласия. Копия настоящего согласия имеет такую же юридическую силу, как и оригинал.
- **Информация о повторном раскрытии** — Информация, касающаяся лечения алкогольной или наркотической зависимости, раскрытая организацией, подпадающей под действие закона, или деловому партнеру, может быть повторно раскрыта в соответствии с разрешениями, предусмотренными положениями закона HIPAA.
- **Ограничения в отношении повторного раскрытия** — Раскрытая информация не может быть повторно раскрыта в рамках гражданских, уголовных, административных и законодательных разбирательств в отношении клиента без дополнительного согласия, предоставленного исключительно для этой цели в соответствии с 42 C.F.R., часть 2. Для раскрытия информации в юридических целях требуется отдельное согласие.
- Я понимаю, что информация, используемая или раскрываемая в соответствии с формой согласия, может быть повторно раскрыта получателем и больше не будет находиться под защитой положений 42 C.F.R., часть 2.
- Я имею право отозвать настоящее согласие в любое время в письменной форме или лично у своего лечащего специалиста по лечению зависимости, за исключением тех случаев, когда мой лечащий специалист или иной законный правообладатель уже предпринял действия на основании настоящего согласия. Я вправе в письменной форме расторгнуть действие настоящего согласия, воспользовавшись разделом «Отзыв согласия» в настоящем согласии. После получения моего заявления об отзыве согласия мой поставщик медицинских услуг или SAPC отзовут согласие на предоставление информации в будущем. Я понимаю, что информация, раскрытая до отзыва настоящего согласия, не может быть отозвана, и что организации, которым была предоставлена эта информация, не обязаны возвращать ее или уничтожать.

V. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомился с формой согласия и понимаю, что моя подпись дает право на раскрытие информации о моем здоровье в соответствии с указаниями, изложенными в настоящей форме. Я понимаю, что подписание настоящей формы является добровольным, и у меня есть право отказаться от подписания.

Имя и подпись клиента или законного представителя клиента:

Если клиент не умеет писать, он может поставить отметку в строке для подписи. Для подписи с использованием отметки требуется присутствие двух свидетелей. Свидетель должен вписать имя клиента в строку, предназначенную для имени клиента, а также указать свое имя и поставить подпись в одном из отведенных ниже полей для свидетелей. Второй свидетель должен указать свое имя и поставить подпись в поле, предназначенном для другого свидетеля, чтобы подтвердить подпись клиента, сделанную в виде отметки.

Расшифровка имени (имя, отчество и фамилия) Подпись Месяц / День / Год

Если документ подписан законным представителем клиента, укажите характер отношений и полномочия на подписание:

Если клиент не умеет писать и поставил выше отметку вместо подписи, необходимо, чтобы два свидетеля заполнили раздел для свидетелей, указав свои имена и поставив подписи ниже.

1. _____ 2. _____
Расшифровка имени свидетеля (имя, отчество и фамилия) Расшифровка имени свидетеля (имя, отчество и фамилия)

_____ _____
Подпись Подпись

VI. УВЕДОМЛЕНИЕ, ПРИЛАГАЕМОЕ К РАСКРЫТИЮ ИНФОРМАЦИИ

Настоящий документ, который был предоставлен вам, защищен федеральными правилами о конфиденциальности ([42 CFR, часть 2](#)). Данные правила запрещают Вам использовать или раскрывать настоящий документ, а также показания, содержащие информацию, изложенную в настоящем документе, в рамках любых гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательств, проводимых любыми федеральными органами, органами штата или местными органами власти в отношении пациента, за исключением случаев, когда на это дано согласие пациента, а также случаев, предусмотренных положениями [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) или санкционированных судом в соответствии с [42 CFR 2.64](#) или [2.65](#). Кроме того, федеральные правила запрещают вам использовать или раскрывать настоящий документ каким-либо иным образом, за исключением случаев, когда имеет место хотя бы одно из следующих обстоятельств:

- (i) Дальнейшее использование или раскрытие информации явно разрешено при наличии письменного согласия лица, чьи данные раскрываются в данной записи, либо в иных случаях, предусмотренных [частью 2 42 CFR](#).
- (ii) Вы являетесь субъектом, подпадающим под действие настоящего закона, или деловым партнером и получили настоящий документ в целях оказания медицинской помощи, осуществления платежей или ведения медицинской документации, либо
- (iii) Вы получили настоящий документ от организации, подпадающей под действие данного положения, или делового партнера в соответствии с положениями [45 CFR, часть 164, подразделы A и E](#).

Общее разрешение на раскрытие медицинской или иной информации НЕ является достаточным для соблюдения всех необходимых элементов письменного согласия на дальнейшее использование или повторное раскрытие данных (см. [42 CFR 2.31](#)).

VII. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

Я имею право отозвать настоящее Соглашение в любое время, заполнив данный раздел и направив заявление об отзыве согласия по почте или лично своему лечащему специалисту, за исключением тех случаев, когда мой лечащий специалист или иное уполномоченное лицо уже предприняли действия на основании настоящего согласия.

Адрес учреждения, оказывающего услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ:

Название организации: _____

Улица (строка 1): _____

Улица (строка 2: кв./офис/помещение): _____

Город, штат и почтовый индекс: _____

После получения моего заявления об отзыве согласия мой поставщик медицинских услуг аннулирует форму согласия на предоставление информации в будущем. Раскрытие, сделанное до получения уведомления об отзыве, не может быть отозвано.

Поставив свою подпись ниже, я отзываю свое согласие на раскрытие информации в будущем. Я понимаю, что любая информация, раскрытая до получения настоящего уведомления об отзыве, не может быть отменена или отозвана.

Имя и подпись клиента или законного представителя клиента:

Если клиент не умеет писать, он может поставить отметку в строке для подписи. Для подписи с использованием отметки требуется присутствие двух свидетелей. Свидетель должен вписать имя клиента в строку, предназначенную для имени клиента, а также указать свое имя и поставить подпись в одном из отведенных ниже полей для свидетелей. Второй свидетель должен указать свое имя и поставить подпись в поле, предназначенном для другого свидетеля, чтобы подтвердить подпись клиента, сделанную в виде отметки.

Расшифровка имени (имя, отчество и фамилия) _____
Подпись _____
Месяц / День / Год

Если документ подписан законным представителем клиента, укажите характер отношений и полномочия на подписание:

Если клиент не умеет писать и поставил выше отметку вместо подписи, необходимо, чтобы два свидетеля заполнили раздел для свидетелей, указав свои имена и поставив подписи ниже.

1. _____ 2. _____
Расшифровка имени свидетеля (имя, отчество и фамилия) Расшифровка имени свидетеля (имя, отчество и фамилия)

_____ _____
Подпись Подпись

Клиенты, которые направили форму «Согласие на раскрытие информации» непосредственно в SAPC, могут отправить заполненную форму «Отзыв согласия» по защищенной электронной почте или по почте на адрес, указанный ниже. Для подтверждения обоснованности запроса необходимо приложить копию официального удостоверения личности, выданного государственными органами.

Почтовый адрес SAPC
Substance Abuse Prevention and Control
(Профилактика и борьба со злоупотреблением психоактивными веществами)
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Адрес электронной почты:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Обращаем ваше внимание: запросы на отзыв, направленные в SAPC клиентами, которые не заполнили форму «Согласие на раскрытие информации» непосредственно в SAPC, а также запросы, поданные без копии действующего удостоверения личности, выданного государственным органом, не будут рассматриваться.

Как заполнить форму SAPC «Согласие на лечение и координацию медицинской помощи»

Цель получения согласия и раскрытия информации (начало формы)

В данном разделе определено, **кому может быть передана ваша информация о SUD**. Убедитесь, что ваш выбор здесь **совпадает с разделом II**.

Шаг 1 — Ознакомьтесь с формулировкой цели.

1. В ней поясняется, что данная форма дает разрешение на раскрытие информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), защищенной положениями 42 CFR, часть 2, «**в целях лечения клиента и координации оказания ему медицинской помощи**».

Шаг 2 — Выберите один или несколько вариантов

1. Установите один или оба флажка:
 - a. **В рамках сети медицинских учреждений SAPC** Выберите, если вы хотите, чтобы ваша информация передавалась только тем медицинским учреждениям, занимающимся лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), которые заключили договор с SAPC.
 - b. **За пределами сети медицинских учреждений SAPC** Выберите, если вы желаете, чтобы ваша информация передавалась сторонним организациям (например, учреждениям первичной медицинской помощи, учреждениям психиатрической помощи, службам пробации, конкретным больницам, вам самим и т. д.).

Раздел I — Информация о клиенте

Укажите свои личные данные, чтобы SAPC и ваши медицинские организации могли правильно идентифицировать вашу медицинскую карту.

1. **Имя:** Укажите свое полное официальное имя (фамилия, имя, отчество).
2. **Дата рождения:** Используйте формат ММ/ДД/ГГГГ.
3. **Номер Medi-Cal:** Введите свой номер Medi-Cal, если он у Вас имеется.
4. **Адрес электронной почты:** Введите адрес электронной почты, который Вы регулярно проверяете.
5. **Номер телефона:** Укажите номер телефона, по которому с Вами будет проще всего связаться.
6. **Последние 4 цифры SSN:** Введите только последние четыре цифры Вашего номера социального страхования (SSN). Если у Вас нет номера социального страхования (SSN) или Вы не знаете его, пожалуйста, оставьте поле пустым.
7. **Адрес:** Ваш текущий почтовый адрес.
8. **Номер Sage ID:** Укажите номер Вашей медицинской карты в системе Sage EHR, если он Вам известен. Если вам неизвестно, оставьте поле пустым или обратитесь в свое медицинское учреждение.

Раздел II — Организации, уполномоченные обмениваться медицинской информацией

В данном разделе указано, **кому может быть передана ваша информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD)**, в зависимости от вашего выбора.

Шаг 1 — Выберите один или несколько вариантов

Выберите вариант(ы), соответствующий вашим потребностям:

1. **Вся сеть медицинских учреждений SAPC**
 - a. Выберите, если вы хотите, чтобы ваш поставщик медицинских услуг имел возможность обмениваться данными со всей сетью медицинских учреждений SAPC с целью обеспечения полноценной координации вашего лечения между различными учреждениями.
 - b. Если установлен только этот флажок, вы можете перейти к разделу III.
2. **Выберите агентство (агентства) SAPC**
 - a. Выберите, если вы хотите разрешить вашему поставщику медицинских услуг для лечения SUD обмениваться информацией только с определенными другими поставщиками медицинских услуг SAPC.
 - b. Вам необходимо будет предоставить конкретную запрашиваемую информацию по каждому поставщику услуг SAPC, у которого вы хотели бы запросить вашу медицинскую информацию или с которым вы хотели бы ей поделиться.
3. **Вне сети медицинских учреждений SAPC**

- a. Выберите, если вы хотите, чтобы ваша информация передавалась сторонним организациям (например, Департаменту психического здоровья, Департаменту здравоохранения, вашему лечащему врачу, больнице, школе и т. д.).
- b. Вам необходимо будет предоставить конкретную запрашиваемую информацию по каждому учреждению, у которого вы хотели бы запросить вашу медицинскую информацию или с которым вы хотели бы ей поделиться.

Шаг 2 — Укажите сведения об организации (если применимо)

Для каждого поставщика медицинских услуг SAPC или внешней организации, которой Вы предоставляете полномочия, просим указать:

- **Название организации** (полное название, избегайте сокращений)
- **Адрес** (полный почтовый адрес)
- **Номер телефона** (с кодом города)
- **Номер факса** (если известен)
- **Адрес электронной почты** (если известен)
- **Веб-сайт** (необязательно)

Шаг 3 — Добавьте дополнительные страницы, если необходимо

При перечислении более трех юридических лиц приложите отдельный лист с перечнем остальных.

Раздел III — Объем раскрытия информации

В данном разделе определяется, **какая информация** может быть использована или раскрыта.

Шаг 1 — Выберите один вариант

- ☐ **Вся моя медицинская карта.** Выберите этот вариант, если желаете, чтобы все медицинские записи о SUD были доступны для координации медицинской помощи.
- ☐ **Другое:** Выберите этот вариант, если хотите ограничить объем передаваемой информации.

Шаг 2 — Если вы выбрали «Прочее», укажите точно, что может быть раскрыто

Будьте максимально конкретны, чтобы медицинские учреждения знали, что разрешено.

Примеры:

- «Только даты лечения»
- «Только оценка и диагноз»
- «Список лекарств»
- «Подтверждение участия в программе»
- «Только отчеты о прогрессе»

Раздел IV — Прочая важная информация

В данном разделе ничего писать не нужно. Внимательно прочитайте каждый подраздел.

- **Срок действия:** Ваше согласие остается в силе до тех пор, пока Вы его не отзовете.
- **Меры защиты:** Ваши данные защищены федеральным законодательством в соответствии с **42 CFR, часть 2**, и законом **НПРАА**.
- **Право на отказ от подписания:** Вы можете отказаться подписать документ, однако в таком случае **Ваши документы не будут выданы**.
- **Право на получение копии:** Вы можете запросить копию подписанного согласия.
- **Повторное раскрытие информации:** В соответствии с законом **НПРАА** получающая организация может повторно раскрыть часть вашей информации в определенных случаях.
- **Правовая защита:** Ваша информация не может быть использована в рамках судебных разбирательств без отдельного согласия.
- **Право на отзыв согласия:** Вы можете отозвать данное согласие в любое время. Уже переданную информацию невозможно отозвать.

Раздел V — Подпись клиента или законного представителя

Здесь вы официально разрешаете раскрытие информации.

1. **Расшифровка имени:** Ваше полное юридическое имя.
2. **Подпись:** Поставьте свою подпись.
 - a. Если вы не умеете писать, вы можете поставить отметку вместо подписи.
 - b. В случае подписания отметкой **два свидетеля** должны заполнить раздел для свидетелей.

3. **Дата:** Укажите дату подписания.
4. **Если подписывает законный представитель:**
 - a. Укажите степень родства (например, родитель, опекун и т. д.).
 - b. Укажите полномочия (например, постановление суда, опекунов и т. д.).
5. **Раздел для свидетелей (только если клиент подписывает документ отметкой)**
Два свидетеля должны:
 - Разборчиво написать свои имена
 - Поставить свои подписи

Если подписывает **законный представитель**, он должен указать свои отношения с клиентом и законные полномочия. Если клиент **подписывает документ отметкой**, два свидетеля должны написать свои имена и поставить подписи.

Раздел VI — Уведомление, прилагаемое к раскрытию информации

Ниже приводится обязательное уведомление о конфиденциальности в соответствии с 42 CFR, часть 2, которое будет прилагаться к Вашей информации. В этом разделе не требуется ничего писать. «Уведомление, прилагаемое к раскрытию информации» представляет собой уведомление о конфиденциальности, которое будет прилагаться к документам, предоставляемым в соответствии с разрешением, оформленным подписанием настоящей формы. В уведомлении о конфиденциальности получателю указывается, что получаемые документы находятся под защитой законов штата и федеральных законов о конфиденциальности и не могут быть переданы другим организациям, не указанным в настоящем согласии.

Раздел VII — Отзыв согласия

Заполняйте этот раздел **только в том случае, если вы желаете отозвать свое согласие (т. е. в будущем)**.

Шаг 1 — Информация о медицинском учреждении

Укажите данные лечащего специалиста:

- **Название организации**
- **Полный почтовый адрес**

Шаг 2 — Подпись на отзыве

1. **Напишите свое имя**
2. **Поставьте свою подпись (или поставьте отметку).**
3. **Укажите дату отзыва (ММ/ДД/ГГГГ)**
4. Если подпись ставит **законный представитель**, укажите **степень родства и полномочия** на подписание
5. Если вы подаете документы непосредственно в SAPC, просим Вас **приложить копию удостоверения личности, выданного государственным органом**, для подтверждения Вашей личности

Шаг 3 — Свидетели (если подпись ставится в виде отметки)

Два свидетеля должны написать свои имена и поставить подписи.

Шаг 4 — Подача отзыва

Если Вы изначально подавали согласие непосредственно в SAPC, Вы можете направить отзыв следующим образом:

- **По защищенной электронной почте** на адрес SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (обязательно приложите копию удостоверения личности, выданного государственным органом)
- **По почте** на адрес SAPC, указанный в форме

Пожалуйста, направляйте заявления об отзыве своему медицинскому учреждению, агентству или в SAPC в соответствии с инструкциями, указанными в форме.

Дополнительные определения

Разрешение / Согласие

Письменный, подписанный документ, соответствующий всем требованиям 42 CFR, часть 2, в том числе:

- Цель раскрытия информации
- Кто может раскрывать информацию
- Кто может получать информацию

- Какая информация может быть передана
- Срок действия
- Подпись и дата

Каждая форма SAPC ROI разработана с учетом этих требований с учетом ее конкретного назначения

Координация медицинской помощи

Взаимодействие и сотрудничество между медицинскими работниками в целях обеспечения лечения пациента, направления к специалистам, ведения его дела и непрерывности оказания медицинской помощи.

Клиент

Лицо, получающее услуги в связи с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ (SUD). Клиент — это лицо, чья защищенная медицинская информация (PHI) может быть передана при подписании им формы о раскрытии информации (ROI).

Организация

Любая организация, агенство, медицинское учреждение, суд, адвокат или физическое лицо, уполномоченное получать или раскрывать информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD). Примеры: медицинские учреждения SAPC, Департамент здравоохранения (DHCS), планы управляемого медицинского обслуживания, суды, службы пробации, поставщики первичной медицинской помощи.

Судебные разбирательства

Любые уголовные, гражданские, административные или законодательные процедуры, в рамках которых может быть запрошена информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), или которая может быть использована против клиента. Примеры: судебные слушания, условное осуждение, дела, касающиеся защиты прав детей, слушания по вопросам назначения пособий по социальному обеспечению.

Законный представитель

Лицо, юридически уполномоченное принимать решения от имени клиента. Примеры:

- Назначенный судом опекун
- Законный опекун
- Родитель несовершеннолетнего. Он или она могут подписать ROI только при наличии документально подтвержденных законных полномочий.

Стандарт минимально необходимого

В соответствии с определениями закона HIPAA разрешается передавать минимальный объем информации, необходимый для достижения цели, на которую дано согласие.

Оплата и медицинское обслуживание

Административные мероприятия, необходимые для выставления счетов, оплаты или управления услугами в сфере лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), в том числе:

- Выставление счетов Medi-Cal
- Проверка права на получение услуг
- Анализ использования услуг
- Улучшение качества
- Аудиты и проверки на соответствие требованиям

Повторное раскрытие информации

Любая передача информации о SUD после первоначального раскрытия. В соответствии с 42 CFR, часть 2, повторное раскрытие информации **допускается**, за исключением случаев судебного разбирательства.

Отзыв согласия

Клиент имеет право отозвать свое согласие в любое время. Отзыв согласия не может отменить раскрытие информации, которое уже имело место в период действия настоящего согласия. Отзыв должен быть оформлен в письменной форме либо заполнен в соответствующем разделе формы ROI.

Сторонняя организация-плательщик

Любая организация, ответственная за оплату или возмещение расходов на услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), за исключением самого клиента. Примеры: Medi-Cal, DHCS, планы управляемого медицинского обслуживания, частное страхование.

Лечащий специалист / Сеть медицинских учреждений SAPC

Любая программа лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), реализуемая по договору с SAPC округа Лос-Анджелес, включая амбулаторные программы, программы стационарного лечения, программы амбулаторного лечения наркозависимости (ОТР), программы помощи при абстиненции и программы поддержки восстановления.

Свидетель

Лицо, присутствующее при том, как клиент ставит отметку **на документе ROI** (в случае, если клиент не может поставить подпись). Для того чтобы отметка считалась действительной, два (2) свидетеля должны поставить свои подписи печатными буквами.