

Разрешение на передачу медицинской информации



Вниманию участника:

Заполнение этой формы позволит данному плану передавать вашу медицинскую информацию выбранному вами лицу или группе.

- Вы не обязаны подписывать эту форму или давать разрешение на передачу своей медицинской информации. Если вы не подпишете эту форму, ваши услуги или льготы не изменятся.
 - Если вы хотите аннулировать эту форму согласия, заполните форму отмены на следующей странице. Отправьте ее по указанному ниже адресу.
 - Coordinated Care Corporation не может обещать, что выбранное вами лицо или группа не передадут вашу информацию кому-нибудь еще.
 - Сохраняйте копии всех форм, которые вы отправляете нам. Если вам понадобятся копии, план сможет выслать их вам.
 - Укажите всю информацию, требуемую в этой форме.
- Закончив, отправьте ее по адресу:

**Coordinated Care Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402**

Информация об участнике:

Имя и фамилия участника (печатными буквами): _____

Дата рождения участника: ___/___/___ Идентификационный номер участника: _____

Я разрешаю передать мою медицинскую информацию указанному ниже лицу или группе. Цель данного разрешения — помочь мне с получением положенных мне льгот и услуг.

Информация о получателе:

Имя и фамилия лица (или название группы): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: ___ Телефон: (___) ___-____

Coordinated Care может передавать следующую медицинскую информацию (отметьте все применимые пункты):

- Всю мою медицинскую информацию; ИЛИ
- Всю мою медицинскую информацию, КРОМЕ:
 - информации о рецептурных лекарствах/медикаментах;
 - информации о СПИД или ВИЧ;
 - информации о злоупотреблении алкоголем и/или психоактивными веществами;
 - информации об услугах по охране психического здоровья или психиатрическом обслуживании;
 - другое: _____

Действие разрешения истекает через 1 год после даты подписания или прекращения участия в программе Coordinated Care, кроме случаев его отмены.

Подпись участника: _____ Дата: ___/___/___

(Место подписи участника или официального представителя)

Если вы подписываетесь от имени участника, опишите ниже свое отношение к нему. Если вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже и отправьте нам копии соответствующих форм (например, доверенности или распоряжения об опекунов).

Если у вас есть вопросы, вам нужна помощь с пониманием этой формы или она нужна вам на другом языке или в другом формате, свяжитесь с нами. Обслуживание участников: 1-877-687-1197 (TTY: 711); факс: 1-877-644-4602