

<b>Учащийся</b>	Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ _____																
<b>Предоставляется кем</b>	Я даю согласие: Этому/этим лицу/лицам (имя/адрес получателя/получателей): _____ Во внимание: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Использовать и/или разглашать копию медицинской информации о здоровье/услуги, описанные ниже, для вышеуказанного учащегося																
<b>Предоставляется кому</b>	Я даю согласие: Этой/этим организации(ям) (название/адрес получателя(ей)): _____ Во внимание: _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Использовать и/или разглашать копию медицинской информации о здоровье/услуги, описанные ниже, для вышеуказанного учащегося																
<b>Цель</b>	С целью (целями): <input type="checkbox"/> Эту информацию можно использовать или разглашать в связи с лечением/услугами по охране психического здоровья и медицинским вмешательством. <input type="checkbox"/> Другие цели (укажите каждую цель): _____																
<b>Информация, подлежащая разглашению</b>	Описание или характер информации, которая будет использована и/или разглашена: (укажите все соответствующие пункты) <input type="checkbox"/> Итоги результатов оценивания перед приемом <span style="float: right;">!Психиатрические отчеты</span> <input type="checkbox"/> План предоставления услуг/лечения <span style="float: right;">!Отчет о достигнутых результатах</span> <input type="checkbox"/> План мер безопасности/кризисных ситуаций <span style="float: right;">!Другие записи (указать):</span>																
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>Психическое здоровье</b></td> <td>Моя медицинская документация может содержать информацию о диагнозе и/или лечения психического здоровья. Я даю свое личное разрешение на обнаружение этих записей.</td> </tr> <tr> <td>!Да    !Нет    !Н/П</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Употребление веществ</b></td> <td>Моя медицинская документация может содержать информацию о диагнозе и/или лечения наркомании, алкоголизма, токсикомании. Я даю свое личное разрешение на обнаружение этих записей.</td> </tr> <tr> <td>!Да    !Нет    !Н/П</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Психическое здоровье</b>	Моя медицинская документация может содержать информацию о диагнозе и/или лечения психического здоровья. Я даю свое личное разрешение на обнаружение этих записей.	!Да    !Нет    !Н/П		<b>Употребление веществ</b>	Моя медицинская документация может содержать информацию о диагнозе и/или лечения наркомании, алкоголизма, токсикомании. Я даю свое личное разрешение на обнаружение этих записей.	!Да    !Нет    !Н/П									
<b>Психическое здоровье</b>	Моя медицинская документация может содержать информацию о диагнозе и/или лечения психического здоровья. Я даю свое личное разрешение на обнаружение этих записей.																
!Да    !Нет    !Н/П																	
<b>Употребление веществ</b>	Моя медицинская документация может содержать информацию о диагнозе и/или лечения наркомании, алкоголизма, токсикомании. Я даю свое личное разрешение на обнаружение этих записей.																
!Да    !Нет    !Н/П																	
<b>Уведомление</b>	Я понимаю, что если получатель информации, которая разглашается по этому разрешению, не является поставщиком медицинских услуг или медицинским учреждением, на которые распространяется действие федеральных законов или законов штата о конфиденциальности, информация может быть повторно разглашена получателем и больше не будет защищена этими законами. Если информация, разглашаемая по этому разрешению, включает информацию о ВИЧ/СПИДе, заболеваниях, передающихся половым путем, психическом здоровье, генетическом тестировании, а также информацию о диагностике, лечении или направлении для лечения наркомании/алкоголизма, федеральные законы и нормативные акты, включая 42 CFR, часть 2, и 45 CFR, части 160 и 164, или законы штата, могут запретить получателю повторно разглашать эту информацию. Я понимаю, что могу отозвать это разрешение в письменной форме в любое время.																
<b>Срок действия</b>	Я понимаю, что имею право отозвать это разрешение в любое время, отправив письменное уведомление. Я также понимаю, что отзыв разрешения не имеет силы после того, как были совершены действия на основании этого разрешения. Если это разрешение не будет отозвано раньше, оно действительно в течение 180 дней с даты подписания, указанной ниже, или в течение следующего периода времени: Дата: _____																
<b>Подпись</b>	Я прочитал это разрешение, понял его, и мне предложили получить его копию. Подпись несовершеннолетнего пациента необходима для раскрытия следующей информации: (1) статус ВИЧ/СПИД, диагностика, лечение - 14 лет; (2) планирование семьи/аборт - без ограничений по возрасту; (3) лечение алкоголизма/наркомании - 13 лет; (4) услуги по охране психического здоровья - 13 лет.  <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Подпись учащегося</td> <td style="text-align: center;">Дата</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Подпись юридического/физического представителя</td> <td style="text-align: center;">Взаимоотношения с учащимся</td> <td style="text-align: center;">Дата</td> </tr> </table> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; background-color: #e0e0e0;">Обновление разрешения</td> <td style="width: 35%; background-color: #e0e0e0;">Подпись 1: _____</td> <td style="width: 35%; background-color: #e0e0e0;">Дата: _____</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0;"></td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Подпись 2: _____</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Дата: _____</td> </tr> </table>	_____	_____	Подпись учащегося	Дата	_____	_____	_____	Подпись юридического/физического представителя	Взаимоотношения с учащимся	Дата	Обновление разрешения	Подпись 1: _____	Дата: _____		Подпись 2: _____	Дата: _____
_____	_____																
Подпись учащегося	Дата																
_____	_____	_____															
Подпись юридического/физического представителя	Взаимоотношения с учащимся	Дата															
Обновление разрешения	Подпись 1: _____	Дата: _____															
	Подпись 2: _____	Дата: _____															