Дозвіл на використання та оприлюднення інформації про медичні послуги/здоров'я
Форма для оприлюднення інформації (ROI)

Учень

Ім'я учня: _____ Дата народження: _____

Надається ким

Я надаю згоду:

Цій/цим особі/особам (ім'я/адреса одержувача/одержувачів)):

До уваги: _____

Адреса: _____

Телефон: _____

Використовувати та/або розголошувати копію медичної інформації про здоров'я/послуги, описані нижче, для вищевказаного учня

Надається кому

Я надаю згоду:

Цій/цим організації(ям) (назва/адреса одержувача(ів)):

До уваги: _____

Адреса: _____

Телефон: _____

Використовувати та/або розголошувати копію медичної інформації про здоров'я/послуги, описані нижче, для вищевказаного учня

Мета

З метою (цілями):

☐ Цю інформацію можна використовувати або розголошувати у зв'язку з лікуванням/послугами з охорони психічного здоров'я та медичнимвтручанням.

☐ Інші цілі (вкажіть кожну мету): _____

Інформація, яка підлягає розголошенню

Опис або характер інформації, яка буде використана та/або розголошена: (позначте всі відповідні пункти)

☐ Підсумки результатів оцінювання перед прийманням !Психіатричні звіти

☐ План надання послуг/лікування !Звіт про досягнуті результати

☐ План заходів безпеки/кризових ситуацій !Інші записи (вказати):

Психічне здоров'я !Так !Ні !Н/З	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.
Вживання речовин !Так !Ні !Н/З	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.

Повідомлення

Я розумію, що якщо одержувач інформації, яка розголошується за цим дозволом, не є постачальником медичних послуг або медичною установою, на які поширюється дія федеральних законів або законів штату про конфіденційність, інформація може бути повторно розголошена одержувачем і більше не буде захищена цими законами. Якщо інформація, що розголошується за цим дозволом, включає інформацію про ВІЛ/СНІД, захворювання, що передаються статевим шляхом, психічне здоров'я, генетичне тестування, а також інформацію про діагностику, лікування або направлення для лікування наркоманії/алкоголізму, федеральні закони та нормативні акти, включаючи 42 CFR, частина 2, та 45 CFR, частини 160 та 164, або закони штату, можуть заборонити одержувачу повторно розголошувати цю інформацію. Я розумію, що можу відкликати цей дозвіл у письмовій формі в будь-який час.

Термін дії

Я розумію, що маю право відкликати цей дозвіл у будь-який час, надіславши письмове повідомлення.
Я також розумію, що відкликання дозволу не має сили після того, як були здійснені дії на підставі цього дозволу.

Якщо цей дозвіл не буде відкликаний раніше, він дійсний протягом 180 днів з дати підписання, зазначеної нижче, або протягом наступного періоду часу:

Дата: _____

Підписи

Я прочитав цей дозвіл, зрозумів його, і мені запропонували отримати його копію. Підпис неповнолітнього пацієнта необхідний для розкриття наступної інформації: (1) статус ВІЛ/СНІД, діагностика, лікування – 14 років; (2) планування сім'ї/аборти – без обмежень за віком; (3) лікування алкоголізму/наркоманії – 13 років; (4) послуги з охорони психічного здоров'я – 13 років.

_____ _____
Підпис учня Дата

_____ _____ _____
Підпис юридичного/фізичного представника Взаємостосунки з учнем Дата

Оновлення дозволу	Підпис 1:	_____	Дата:	_____
	Підпис 2:	_____	Дата:	_____