OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ ЗАПИСЕЙ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Важно

Используйте эту форму только для записей психотерапевта. Не объединяйте это разрешение с общим разрешением на выдачу медицинской документации.

Эта подпись разрешает использование или раскрытие описанных ниже записей психотерапевта и не служит никакой иной цели.

Общая медицинская документация, документация лечения психического здоровья, записи о ходе лечения, лекарственная документация, стоматологическая документация, финансовая документация и иные записи по этой форме не выдаются. Для них используйте отдельное общее разрешение ROI.

Заполните все применимые разделы этой формы Разрешения на записи психотерапевта. Если разделы неполны или противоречат друг другу, форма может быть не принята.

Если срок действия формы истек или она была отозвана, использовать ее нельзя.

1. Что такое записи психотерапевта?

Записи психотерапевта — это записи специалиста по психическому здоровью, документирующие или анализирующие содержание частного, группового, совместного или семейного консультационного сеанса и хранящиеся отдельно от остальной медицинской документации.

Записи психотерапевта не включают назначение и мониторинг лекарств, время начала и окончания консультационных сеансов, методы и частоту лечения, результаты клинических исследований, диагноз, функциональное состояние, план лечения, симптомы, прогноз или ход лечения в той мере, в какой эти сведения содержатся в общей медицинской документации.

2. Информация о пациенте

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____ **Номер телефона:** _____

Почтовый адрес:_____

Город: _____ **Штат:** _____ **Почтовый индекс:** _____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

3. Медицинский специалист или организация, уполномоченные <u>РАСКРЫТЬ/ОТПРАВИТЬ</u> записи психотерапевта

☐ Opsam Health

☐ Другой медицинский специалист или организация, указанные ниже

Название раскрывающего специалиста/организации: _____

Имя клинициста, если известно:_____

Адрес: _____

Телефон: _____

Факс или защищенная электронная почта: _____

4. Лицо или организация, уполномоченные <u>ПОЛУЧИТЬ</u> записи психотерапевта

☐ Opsam Health

☐ Другой медицинский специалист или организация, указанные ниже

Имя получателя: _____

Отношение к пациенту:_____

Адрес: _____

Телефон: _____

Факс или защищенная электронная почта: _____

5. Записи психотерапевта, подлежащие выдаче

Записи с даты: _____ по дату: _____

Клиницист(ы) или программа(ы), если ограничено: _____

Место или вид консультирования, если ограничено:

- ☐ Индивидуальная терапия
- ☐ Семейная терапия
- ☐ Групповая терапия
- ☐ Терапия для пар или совместная терапия
- ☐ Другое: _____

Конкретные записи или ограничения, запрошенные пациентом:

_____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

Настоящая форма разрешает только записи психотерапевта, описанные в этом разделе. Она не разрешает раскрытие общей медицинской документации или общей документации лечения психического здоровья.

6. Цель запроса

Использование или раскрытие осуществляется для конкретной цели (целей), отмеченной и описанной ниже:

☐ По запросу самого лица

☐ Для медицинского лечения, оплаты и деятельности в сфере здравоохранения

☐ Администрирование страхования, оплаты или льгот

☐ Юридические вопросы. Опишите ниже вопрос и использование получателем.

☐ Другое: _____

Конкретная цель и использование/ограничения получателя:

_____

Дополнительные ограничения, запрошенные пациентом:

_____

7. Срок действия

Разрешения в Калифорнии должны содержать конкретную дату окончания срока действия. Если дата не указана, Opsam Health может считать разрешение неполным или, только когда это допускается законом, истекающим через 12 месяцев после даты подписания.

Если пациент не отозвал разрешение и закон не допускает более позднюю дату, настоящее разрешение истекает в указанную ниже дату или через 12 месяцев после даты подписания, в зависимости от того, что наступит раньше.

Дата окончания срока действия разрешения: (Пример: ММ/ДД/ГГГГ)

_____

Если более одного года, причина или индивидуальный запрос пациента:

_____

8. Чувствительное содержание записей психотерапевта — требуется специальное разрешение

Я понимаю, что на эти категории могут распространяться дополнительные меры защиты по федеральному законодательству или законодательству Калифорнии.

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

Opsam Health не выдаст содержание записей психотерапевта, относящееся к чувствительной категории информации, если соответствующий пункт не отмечен и рядом не проставлены инициалы, кроме случаев, когда раскрытие иным образом разрешено или требуется законом.

Отмечая пункт(ы) ниже и проставляя инициалы, я соглашаюсь и разрешаю раскрытие указанного содержания, если оно имеется в описанных выше записях психотерапевта.

Если пациент является несовершеннолетним и записи относятся к услугам, на которые несовершеннолетний может законно дать самостоятельное согласие, несовершеннолетнему может потребоваться подписать настоящее разрешение.

Инициалы	**Категория:**
_____	☐ Результаты тестирования на ВИЧ. Я специально разрешаю выдачу результатов тестирования на ВИЧ.
_____	☐ Документация инфекций, передаваемых половым путем, или инфекционных заболеваний.
_____	☐ Документация генетического тестирования.
_____	☐ Документация лечения расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, включая записи, защищенные 42 CFR Part 2.
_____	☐ Документация лекарственного лечения расстройства, связанного с употреблением опиоидов, или медикаментозно-ассистированного лечения.
_____	☐ Записи о репродуктивном или сексуальном здоровье, включая контрацепцию, фертильность,беременность, аборт или услуги, связанные с абортом.
_____	☐ Записи о гендерно-аффирмативной помощи.
_____	☐ Записи, связанные с сексуальным насилием или насилием со стороны интимного партнера.
_____	☐ Записи об услугах, на которые несовершеннолетний дал самостоятельное согласие, только если они подписаны несовершеннолетним или их раскрытие иным образом разрешено законом.
_____	☐ Другие конфиденциальные записи, конкретно описанные здесь: _____

Дополнительные ограничения при обработке:

- Если записи психотерапевта содержат сведения о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, защищенные 42 CFR Part 2, либо если запрашиваемое раскрытие связано с гражданским, уголовным, административным или законодательным расследованием или разбирательством, до раскрытия Opsam Health может потребовать отдельное разрешение, соответствующее Part 2, судебный приказ или иной предусмотренный законом процесс.
- Настоящее разрешение не допускает раскрытие записей, относящихся к услугам, на которые несовершеннолетний мог законно дать самостоятельное согласие по законодательству Калифорнии, если несовершеннолетний не подпишет это разрешение или раскрытие иным образом не разрешено законом.
- Opsam Health применит соответствующие федеральные ограничения и ограничения Калифорнии к сведениям о репродуктивном здоровье, абортах, контрацепции, гендерно-аффирмативной помощи и иной информации с особой защитой.
- Opsam Health может ограничить раскрытие, скрыть отдельные сведения или не предоставить информацию, когда это требуется законом, когда соответствующая категория не была разрешена или когда запрашиваемое раскрытие не соответствует настоящему разрешению.

9. Прочтите перед подписанием

- Я разрешаю использование или раскрытие записей психотерапевта, описанных в настоящем разрешении.
- Я понимаю, что это разрешение является добровольным и что Opsam Health не может ставить лечение, оплату, регистрацию или право на льготы в зависимость от того, подпишу ли я это разрешение, кроме случаев и в той мере, в какой это допускается законом.
- Я могу в любое время отозвать это разрешение, направив письменный запрос в отдел медицинской документации Opsam Health по адресу 637 3rd Avenue Suite E1, Chula Vista, CA, 91910, по факсу (619)-474-4008, по электронной почте medicalrec@opsam.org или через раздел портала, указанный Opsam Health. Отзыв не повлияет на раскрытия, уже произведенные на основании настоящего разрешения до получения отзыва.
- По законодательству Калифорнии получателю медицинской информации, предоставленной по настоящему разрешению, может быть запрещено

повторно раскрывать ее без моего письменного разрешения, кроме случаев, прямо требуемых или разрешенных законом.

- Если получатель не является планом медицинского страхования, клиринговой организацией в сфере здравоохранения или медицинским специалистом, на которого распространяется HIPAA, раскрытые записи психотерапевта могут больше не защищаться федеральными правилами HIPAA о конфиденциальности. При этом могут продолжать применяться другие федеральные законы или законы Калифорнии о конфиденциальности.
- Я имею право получить копию подписанного разрешения. Если Opsam Health запрашивает копию этого разрешения для использования или раскрытия моих записей психотерапевта, я получу копию подписанного разрешения и инструкции по получению дополнительных бумажных или электронных копий.
- Разумная плата за копирование, почтовую пересылку или электронный носитель может взиматься только в пределах, разрешенных применимым законодательством.
- Если какой-либо обязательный элемент отсутствует, срок его действия истек, известно, что он ложен, или он не соответствует запрашиваемому раскрытию, Opsam Health может считать разрешение недействительным.

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

10. Подпись

Подписывая ниже, я подтверждаю, что прочитал(а) это разрешение или мне его разъяснили, я понимаю его и разрешаю использование или раскрытие описанных выше записей психотерапевта. Эта подпись разрешает раскрытие только записей психотерапевта и не служит никакой иной цели.

Ф.И.О. пациента печатными буквами: _____

Дата рождения: _____

Дата подписания: _____

Телефон: _____

Подпись пациента: _____

Если подписывает не пациент:

☐ Родитель или законный опекун ☐ Попечитель

☐ Представитель по медицинским вопросам или личный представитель

☐ Другое: _____

Описание законных полномочий на подписание:

_____

Документы, подтверждающие полномочия, проверены, если применимо:

_____

Подпись законного представителя, если применимо:

_____

Дата подписания: _____

Отношение к пациенту: _____

For Opsam Health Use Only - *Not Part of Patient Authorization*

- ☐ Patient identity verified
- ☐ Legal representative authority reviewed, if applicable
- ☐ Sensitive-content restrictions reviewed before disclosure
- ☐ Copy of signed authorization provided or instructions for copy access provided

Staff name: _____ Date received: _____ Date completed: _____