Разрешение на обмен конфиденциальной информацией Medi-Cal (ASCMI)

Редакция 1.0 [Пилотная]

Декабрь 2022 г.

Заявление об отказе от ответственности Форма ASCMI предназначена для использования исключительно участниками пилотного проекта ASCMI. Управление по вопросам здравоохранения не гарантирует пригодность этой формы для использования за пределами пилотного проекта ASCMI. Форма ASCMI, включая приложения, может быть изменена.

Имя	Фамилия	Дата рождения	
Почтовый адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Адрес проживания	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер(а) телефона(ов)	Электронная почта	Идентификационная карточка получателя (Beneficiary Identification Card, BIC)	

Подписывая эту форму, вы разрешаете определенным организациям и частным лицам использовать и передавать вашу медицинскую и другую конфиденциальную информацию в целях, описанных в разделе 1.

1. Цели

Подписывая эту форму, вы даете разрешение на передачу вашей медицинской и другой конфиденциальной информации только:

(a) чтобы предоставить вам, направить вас или помочь вам получить доступ к медицинскому обслуживанию, льготам, программам, социальным услугам, врачебному ведению, ресурсам сообщества и другой помощи (“Услуги”) для удовлетворения ваших потребностей;

(b) определить, помочь, скоординировать, улучшить и организовать оплату за Услуги, которые могут быть вам предоставлены;

(c) помочь Medi-Cal обеспечить более качественную медицинскую помощь посредством оценки, отчетности и управления состоянием здоровья населения.

2. Виды вашей информации, на обмен которой вы даете разрешение

Подписывая эту форму, вы даете разрешение на передачу нижеуказанной медицинской и другой конфиденциальной информации о вас только для целей, указанных выше.

(a) Защищенная медицинская информация (Protected Health Information, PHI), включая информацию о вашем медицинском обслуживании, истории болезни, результатах лабораторных анализов, а также текущих или будущих состояниях и методах лечения.

(b) Информация о психическом здоровье, включая текущие и прошлые диагнозы и лечения ваших психических расстройств. Эта информация не включает записи о психотерапии, которыми можно поделиться только с вашего отдельного согласия.

(c) Информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая ваши текущие и прошлые диагнозы, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, лекарственные препараты, лечение, лабораторные анализы, историю травм, выписки из лечебных учреждений. Сюда входит информация о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, полученная от специалиста по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ/алкоголя, в соответствии с федеральными правилами конфиденциальности в сфере употребления психоактивных веществ (42 C.F.R., часть 2), если вы отметите соответствующий пункт в конце этой формы.

(d) Индивидуальные образовательные программы и другая информация о социальных услугах, предоставляемых в школах.

(e) Информация о праве на участие в программе Medi-Cal, которая включает уровень дохода и некоторую другую демографическую и географическую информацию, относящуюся к вашему праву на получение Услуг и льгот.

(f) Информация о жилье/бездомности, включая ваш жилищный статус, историю и поддержку.

(g) Ограниченная информация об уголовном правосудии, включая данные о задержании, даты и место лишения свободы, а также статус надзора. Ваше согласие не распространяется на вашу уголовную историю, обвинения и иммиграционный статус.

3. **Источники и получатели вашей информации**

Подписывая эту форму, вы даете согласие на обмен медицинской информацией или информацией сообщества (“HIE/CIE”), облегчающий обмен вашей медицинской и другой конфиденциальной информацией с и между вашими поставщиками услуг, от которых вы получали, получаете или будете получать пособия, лечение или услуги (“Ваши поставщики услуг”).

Информация может передаваться только для целей, указанных в части 1. К вашим поставщикам медицинских услуг могут относиться:

(a) поставщики медицинских услуг, такие как больницы, клиники, терапевты, аптеки и специалисты по поведенческому здоровью;

(b) планы управляемого медицинского обслуживания (managed care plans; MCP), которые определяют льготы Medi-Cal и оплачивают услуги, которые вы получаете в рамках Medi-Cal;

(c) определенные общественные организации, которые должны соблюдать федеральные законы о неприкосновенности частной жизни в сфере здравоохранения, включая некоторых поставщиков специализированного питания, жилья и средств для лечения астмы;

(d) Школьные поставщики медицинских или социальных услуг, такие как медсестры, социальные работники и консультанты.

(e) Учреждения здравоохранения штата, в частности, Калифорнийские департаменты здравоохранения, общественного здравоохранения, социальных служб и служб развития;

(f) окружные учреждения, включая планы охраны психического здоровья, кадровые/социальные службы или департаменты социального обеспечения, системы организованной доставки лекарств Medi-Cal, а также департаменты здравоохранения и общественного здравоохранения;

(g) поставщики услуг и специалисты по ведению пациентов в исправительных учреждениях, таких как тюрьмы, пенитенциарные учреждения и исправительные учреждения для несовершеннолетних, только для целей, указанных в части 1 настоящей формы. Вы не даете согласия на использование вашей информации для уголовных расследований или судебного преследования, вынесения приговоров, контроля за условно-досрочным освобождением или испытательным сроком, иммиграционного контроля или судебного разбирательства по семейным делам.

Ваши поставщики услуг и их подрядчики соглашаются соблюдать все применимые законы, защищающие вашу информацию.

4. **Истечение срока действия, отзыв или изменение этой формы**

После подписания эта форма будет действовать до тех пор, пока не произойдет одно из следующих событий (в зависимости от того, что случится ранее):

(a) 24 месяца с даты вашей последней регистрации в программе Medi-Cal;

(b) отзыв формы вами; или

(c) внесение вами любых изменений в эту форму и вступление в силу измененной формы.

5. **Ваши права**

Вы понимаете, что:

(a) вы можете отозвать эту форму в любое время через портал службы управления согласиями или отправив запрос на отзыв, подписанный вами или вашим представителем, в HIE/CIE ;

(b) отзыв вступает в силу с момента получения, но может не применяться к информации, уже предоставленной на основании вашей прошлой заполненной формы, которая не может быть отозвана или удалена;

(c) вы можете отказаться подписывать эту форму, что никак не повлияет на ваше лечение или уход, ваше право на получение услуг или возможность их получения, а также на оплату услуг;

(d) вы имеете право на получение копии этой формы;

(e) информация, которую вы разрешаете разглашать, может быть повторно раскрыта вашими поставщиками услуг только в соответствии с настоящей формой и применимым законодательством; и

(f) вы можете получить список ваших поставщиков услуг, которым была раскрыта ваша информация, связавшись с HIE/CIE.

Каждое из этих прав распространяется на вашего представителя, если он уполномочен вами в соответствии с применимым законодательством.

6. **Обмен информацией без вашего согласия**

Вы понимаете, что даже если вы не подпишете данную форму, в соответствии с федеральными законами и законами штата о конфиденциальности некоторые из ваших поставщиков услуг могут передавать вашу конфиденциальную информацию для лечения, оплаты и других целей, но поставщики услуг, подпадающие под действие федеральных законов о конфиденциальности в сфере употребления психоактивных веществ, как правило, не могут передавать информацию о ваших расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, без вашего согласия.

7. **Разрешение**

Подписывая эту форму, я разрешаю определенным организациям и частным лицам использовать и передавать мою медицинскую и другую конфиденциальную информацию в целях, описанных в разделе 1 этой формы. Кроме того, если я добровольно указываю свой номер телефона выше, я даю согласие на получение текстовых сообщений или звонков для связи со мной по вопросам, связанным с моим согласием и со способами передачи моей информации (могут применяться стандартные тарифы на получение сообщений и передачу данных).

❒ Отмечая данный пункт, я также даю согласие на раскрытие моей информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, полученной от специалистов по лечению данных расстройств в соответствии с федеральными правилами конфиденциальности в сфере употребления психоактивных веществ (42 C.F.R., часть 2).

Если вы подписываетесь от своего имени, заполните 1-ю строку. Если вы подписываетесь от имени другого лица, заполните 2-ю строку. Если вы подписываетесь от имени несовершеннолетнего в возрасте 12-17 лет, несовершеннолетний должен заполнить 1-ю строку, а вы должны заполнить 2-ю строку.

Имя получателя	Подпись получателя	Дата (дд.мм.гггг)
Имя представителя	Подпись представителя	Дата (дд.мм.гггг)