

Касательно:

Клиент Фонда #:

### **РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Настоящим я разрешаю всем нижеперечисленным сторонам, Фонду помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк («Фонд»), включая его уполномоченных представителей, агентов и назначенных им лиц, использовать и получать все и любые конкретные медицинские сведения и информацию о состоянии здоровья моего ребенка (\_\_\_\_\_), как указано ниже, с целью предоставления ему/ей страхового покрытия и координации медицинских услуг в рамках программ Фонда. Я признаю, что информация о моем ребенке, получение или использование которой было разрешено мной, может быть повторно разглашена получателем вышеуказанной информации согласно условиям настоящего Разрешения, и что на данные сведения могут уже не распространяться требования федеральных или местных законов или соответствующих нормативных актов о защите конфиденциальности.

В частности, я разрешаю врачам, медицинским сестрам и работникам, ассистентам врачей, специалистам по реабилитационной терапии, физиотерапевтам, специалистам по раннему лечению, психологам, работникам общественных служб, специалистам по здоровому питанию, фармацевтам, мануальным терапевтам и любым другим медицинским сотрудникам, имеющим лицензию или другое разрешение согласно разделу VIII Закону штата Нью-Йорк о медицинском образовании (или аналогичному закону другого штата или Федерального округа Колумбия), медицинским учреждениям, школам, учреждениям дошкольного образования, местным органам, федеральным или местным программам, которые предоставляют, предоставляют или могут предоставлять обслуживание моему ребенку, а также внешним плательщикам, передавать конкретные индивидуальные медицинские сведения или информацию о здоровье моего ребенка любыми способами, включая обмен информацией в письменном виде или по телефону, а также посредством прямых личных контактов, вне зависимости от моего присутствия или осведомленности о таком обмене информацией; кроме того, настоящим я разрешаю компании «Аликер Медикал Менеджмент», или АММ) начинать и осуществлять вышеуказанный обмен информацией от лица Фонда, вне зависимости от моего присутствия или осведомленности о таком обмене информацией.

1. **На какие сведения распространяется действие настоящего разрешения?** Настоящее разрешение распространяется на сведения о медицинском обслуживании, состоянии здоровья, психологическом и психиатрическом состоянии, отчетность и информацию о диагнозе, лечении и уходе за моим ребенком.

Разглашаемая информация о моем ребенке может включать, помимо прочего, информацию по историям болезни или состоянию здоровья, записи в медицинских картах, рецепты, результаты диагностических анализов, рентгенных исследований и сведения, полученные от прочих учреждений медицинского обслуживания, местных организаций и учреждений в области образования.

2. **На кого распространяется настоящее разрешение о передаче и получении информации?**

- A. Любые лица или учреждения, которые оказывают услуги по медицинскому сопровождению, диагностике, лечению или осмотру моего ребенка, включая, помимо прочего, медицинских работников, оказывающих первичную или последующую медицинскую помощь, общественные организации и учреждения в области образования. Местные и/или федеральные программы, которые предоставляют, предоставляют или могут предоставлять услуги моему ребенку, и сторонние плательщики (по необходимости указать наименование \_\_\_\_\_) должны предоставить данные сведения компании АММ и ее агентам, представителям или независимым подрядчикам.



**Фонд помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк**

- В. Компания АММ имеет право передать (без дополнительного разрешения с моей стороны) все и любые конкретные медицинские сведения и информацию о состоянии здоровья моего ребенка, полученные на основании настоящего разрешения или каким-либо другим образом от каких-либо лиц или организаций, всем нижеперечисленным сторонам: (а) любым лицам или учреждениям, которые оказывают услуги по медицинскому сопровождению, диагностике, лечению или осмотру моего ребенка, (б) любым лицам или учреждениям, координирующим обслуживание моего ребенка, (в) независимым подрядчикам и поставителям услуг, которым может потребоваться вышеуказанная информация на медицинских основаниях, (г) Администрации социальной безопасности или организациям, предоставляющим услуги в области социальной безопасности или реабилитационной терапии, и каким-либо региональным, федеральным и местным государственным органам, когда это необходимо на медицинских основаниях, и (д) сторонним организациям-плательщикам.
3. **Каков срок действия настоящего разрешения?** Настоящее разрешение действует в течение обслуживания моего ребенка Фондом, но не дольше, чем ему/ей исполнится 18 лет, в случае, если в этом возрасте он/она будет в состоянии принимать решения о медицинской помощи.
4. **Отзыв настоящего разрешения.** В случае, если иное не оговорено в федеральном или местном законодательстве, я подтверждаю, что я могу отозвать настоящее разрешение в любое время посредством письменного извещения администратора Фонда о таком отзыве, и что отзыв разрешения вступает в действие на дату получения администратором Фонда извещения об отзыве разрешения. Я также признаю, что отзыв настоящего разрешения не повлияет на какие-либо действия, предпринимаемые администратором Фонда до получения вышеуказанного отзыва.
5. **Обработка страховых претензий.** Я признаю, что настоящее разрешение является в общих чертах необходимым для обработки страховых претензий моего ребенка. Я также признаю, что отказ подписать настоящее разрешение может помешать или нанести вред процессу обработки претензий моего ребенка.
6. **Отказ в выдаче разрешения.** Более того, я признаю, что медицинские сотрудники, осуществляющие обслуживание моего ребенка, не будут связывать лечение, страхование или доступ к услугам моего ребенка с моим отказом подписать настоящее разрешение.

Я признаю, что я имею право направить запрос о получении и получить копию настоящего разрешения. Я признаю, что я имею право рассмотрения переданной информации в любое время. Копия настоящего разрешения является действительной и должна приниматься на равных основаниях с оригиналом.

\_\_\_\_\_  
**Подпись клиента или его представителя**

\_\_\_\_\_  
**Адрес клиента**

\_\_\_\_\_  
**Ф.И.О. клиента или его представителя (прописью)**

\_\_\_\_\_  
**Статус представителя по отношению к клиенту  
(по необходимости)**

\_\_\_\_\_  
**Номер социальной безопасности клиента**

\_\_\_\_\_  
**Дата подписания**

\_\_\_\_\_  
**Дата рождения клиента**