



Разрешение на раскрытие личных медицинских данных

Я, _____, разрешаю следующему лицу (следующим лицам) обращаться в организацию Health Share of Oregon по медицинским вопросам от моего имени. Я разрешаю организации Health Share of Oregon обсуждать мои личные данные, в том числе адрес, номер телефона, идентификационный номер участника программы, относящуюся к программе информацию и даты начала и истечения сроков с тем, чтобы подтверждать достоверность информации и (или) вносить любые необходимые изменения и поправки.

Пожалуйста, заполните (печатными буквами) следующие графы.

(Имя, фамилия)

(Кем вам приходится это лицо?)

(Имя, фамилия)

(Кем вам приходится это лицо?)

Мне известно, что я не разрешаю обсуждать относящуюся ко мне информацию по причинам, не связанным с вышеупомянутыми. Мне известно, что организация Health Share of Oregon может говорить только с указанным выше лицом (с указанными выше лицами), если не будет заполнена другая форма или если раскрытие такой конкретной информации не потребуется по закону.

Мне известно, что эта форма предназначена только для ее использования организацией Health Share of Oregon, и что от меня могут потребоваться другие разрешения, выданные другим организациям, участвующим в процессе моего медицинского обслуживания.

Это разрешение действительно на протяжении одного (1) года после наступления даты его подписания.

X

Подпись участника программы

Дата

Идентификационный № участника программы Oregon Health

X

Подпись родителя, опекуна или законного представителя,
если участник программы — несовершеннолетнее лицо
(указать, кем вам приходится пациент)

Дата

Пожалуйста, верните этот документ в организацию Health Share of Oregon одним из следующих способов.

По факсу: 503-459-5749

По электронной почте: info@healthshareoregon.org

По почте: 2121 Sw Broadway, Ste 200, Portland, Or 97201