

Carnegie Hill Endoscopy Center, LLC
Согласие пациента и подтверждение осведомления о
положениях конфиденциальности
Для использования и/или раскрытия охраняемой законом
информации о состоянии здоровья
для проведения лечения, осуществления платежей и оказания
медицинских услуг

[Имя пациента] _____, настоящим сообщает о том, что, подписывая это Согласие, он/она подтверждает и соглашается со следующим:

1. До подписания этого Согласия мне было предоставлено Уведомление учреждения относительно конфиденциальности. Это Уведомление включает описание использования и/или раскрытия охраняемой законом информации о состоянии моего здоровья («PHI»), необходимой учреждению для проведения моего лечения, получения платежа за это лечение и оказания медицинских услуг. Я понимаю, что в будущем мне, по моему запросу, будет доступно это Уведомление относительно конфиденциальности. Учреждение объяснило, что у меня есть право получить копию Уведомление относительно конфиденциальности до подписания этого Согласия, и рекомендовало внимательно с ним ознакомиться до подписания этого Согласия. Учреждение сохраняет за собой право изменять свою политику конфиденциальности, как указано в его Уведомлении относительно конфиденциальности, в соответствии с применяемым законодательством.
2. Я понимаю, что Учреждение будет использовать следующие виды напоминания о приемах, и даю на это согласие:
 - a. Почтовая открытка, отправленная на мой адрес, указанный мной; и/или
 - b. Телефонный звонок на мой домашний номер, автоматическое сообщение на автоответчике или сообщение, переданное через ответившее лицо.
3. Учреждение может использовать и/или раскрывать мою информацию «PHI» (которая включает сведения о моем состоянии здоровья и предоставляемом мне лечении) с целью предоставления мне лечения и получения платежа за это лечение, а также для проведения конкретных операций по обеспечению медицинских услуг в Учреждении.
4. Я понимаю, что я имею право запросить, чтобы Учреждение ограничило использование и/или раскрытие моей информации «PHI» при проведении лечения, получения платежей и/или выполнения операций по обеспечению медицинских услуг. Тем не менее, Учреждение не обязано соглашаться с моими запрошенными ограничениями. Если Учреждение согласится с моими запрошенными ограничениями, такое ограничение будет обязательным для исполнения.
5. Я понимаю, что это Согласие действует в течение семи лет. Я также понимаю, что у меня есть право отозвать это Согласие в письменном виде в любой момент в будущем для всех *будущих* операций, с пониманием того, что такой отзыв не будет применяться к тому, что уже было осуществлено Учреждением на основании этого Согласия. Я понимаю, что если я отзову это Согласие в любой момент в будущем, Медицинское учреждение имеет право отказать мне в лечении.
6. Я понимаю, что если я не подпишу это Согласие на использование и раскрытие информации, как описано выше и указано в Уведомлении относительно конфиденциальности, Медицинское учреждение не будет меня лечить.

Я прочитал и вникнул в суть вышеупомянутого уведомления, и я получил удовлетворяющие меня ответы на все мои вопросы, предоставленные мне понятным мне языком.

Имя лица (печатными буквами) _____ Подпись лица _____ Дата / /

Подпись официального представителя _____ Дата / /
(например, доверенного лица, опекуна, родителя несовершеннолетнего лица)

Свидетель: _____ Дата: _____ / /