



**РАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ**  
**PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO THIRD PARTY**

**УКАЖИТЕ СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**  
**PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION**

<b>ФАМИЛИЯ:</b> LAST NAME:	<b>ИМЯ:</b> FIRST NAME:	<b>СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ:</b> MIDDLE:
(Имя и фамилия во время лечения (если отличаются от вышеуказанных) Name at Time of Treatment (If different than above))		
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Номер телефона: Phone:	Адрес эл. почты (необязательно): Email (optional):
Улица и номер дома: Street Address:	Город и штат: City & State:	Почтовый индекс: Zip Code:

**МЕСТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ** (отмечайте только те, в которых вам оказывались услуги):  
**LOCATION(S) OF SERVICE** (check only those where you received services):

<input type="checkbox"/> Mount Sinai Beth Israel	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Hospital
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Queens	<input type="checkbox"/> New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (также называется Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (также называется Kings Highway)
<input type="checkbox"/> Mount Sinai St. Luke's	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Union Square
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Chelsea	<input type="checkbox"/> Другое (уточните): _____
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Doctors Faculty Practice:	
<input type="checkbox"/> Long Island <input type="checkbox"/> Manhattan / Queens <input type="checkbox"/> Brooklyn <input type="checkbox"/> Bronx / Westchester <input type="checkbox"/> Staten Island	

**УКАЖИТЕ ИНФОРМАЦИЮ И ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКИ В НУЖНЫХ ПОЛЯХ**  
**PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY**

Запрашиваемые документы / сведения Records/Information Requested	Даты оказания услуг Date(s) of Service	Места оказания услуг Location(s) of Service
<input type="checkbox"/> Госпитализация: Inpatient Visit(s): <input type="checkbox"/> Выписной эпикриз Discharge Summary <input type="checkbox"/> Протокол операции Operative Report <input type="checkbox"/> Полная медицинская карта Entire Record <input type="checkbox"/> Другое _____ Other	_____	_____
<input type="checkbox"/> Амбулаторная хирургия Ambulatory Surgery <input type="checkbox"/> Протокол операции Operative Report <input type="checkbox"/> Полная медицинская карта Entire Record <input type="checkbox"/> Другое _____ Other	_____	_____
<input type="checkbox"/> Отделение неотложной помощи Emergency Department (ER)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Кабинет врача амбулатории Outpatient Physician Office <input type="checkbox"/> Имя и фамилия поставщика услуг _____ Provider Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> Амбулаторная клиника Outpatient Clinic <input type="checkbox"/> Название клиники _____ Clinic Name	_____	_____

<input type="checkbox"/> Результаты анализов: Test Results:			
<input type="checkbox"/> Отчеты о катетеризации сердца Cardiac Cath Reports	<input type="checkbox"/> Отчеты о радиологических исследованиях Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Отчеты о гистологических исследованиях Pathology Reports	<input type="checkbox"/> Лабораторные анализы Laboratory
<input type="checkbox"/> Пленки с данными катетеризации Cardiac Cath Films	<input type="checkbox"/> Радиологические снимки Radiology Images	<input type="checkbox"/> Гистологические микропрепараты Pathology Slides	_____
<input type="checkbox"/> Другое _____			

**Информация, которую можно передавать:**  
**Records to be disclosed:**

<input type="checkbox"/> можно передавать do include	<input type="checkbox"/> не передавать информацию об инфицировании ВИЧ do not include HIV-related information
<input type="checkbox"/> можно передавать do include	<input type="checkbox"/> не передавать информацию об употреблении алкоголя или наркотиков do not include Alcohol and Drug Abuse records
<input type="checkbox"/> можно передавать do include	<input type="checkbox"/> не передавать информацию о психиатрических расстройствах do not include Psychiatric Records
<input type="checkbox"/> можно передавать do include	<input type="checkbox"/> не передавать информацию о результатах генетических исследований do not include Genetic Testing Results

**Разрешается передача информации:**  
**Authorizing release of records to:**

<input type="checkbox"/> Поставщику медицинских услуг Healthcare Provider	<input type="checkbox"/> Страховой компании или ее представителю Insurance Company or Designee	<input type="checkbox"/> Поверенному Attorney	<input type="checkbox"/> Суду Court
<input type="checkbox"/> Правоохранительным органам Law Enforcement	<input type="checkbox"/> Работодателю Employer	<input type="checkbox"/> Другое: _____ Other:	

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
Name:

Адрес: \_\_\_\_\_  
Address:

**Причина передачи информации**  
**Reason for Disclosure**

<input type="checkbox"/> По запросу пациента Patient Request	<input type="checkbox"/> Подача заявления на получение льгот Benefits Application	<input type="checkbox"/> Другое: _____ Other:
---	--	--

**УКАЖИТЕ ФОРМАТ ДОКУМЕНТА И СПОСОБ ДОСТАВКИ**  
**PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT / MODE OF DELIVERY**

<input type="checkbox"/> ПЕЧАТНЫЙ / ПО ПОЧТЕ PAPER / MAIL	<input type="checkbox"/> ДИСК / ПО ПОЧТЕ DISC / MAIL	<input type="checkbox"/> ФАЙЛ PDF / ПО ЭЛ. ПОЧТЕ: Адрес электронной почты, на который следует отправить документ (ОБЯЗАТЕЛЬНО): _____ PDF / EMAIL: Email to send record to (REQUIRED):
--	---	---

Качество вашего лечения и сумма взимаемых с вас средств не зависят от подписания или неподписания вами этого документа о предоставлении полномочий. Вместе с тем, если вы не подпишете его, мы не сможем предоставить соответствующие документы.

Я понимаю, что настоящее разрешение действует в течение одного года с этой даты или до \_\_\_\_\_ и может быть отозвано мной в любой момент. Тем не менее, к тому моменту больница Mount Sinai уже может предпринять действия на основании предоставленного мной разрешения.

Я понимаю, что за подачу запроса на получение копий медицинских документов могут на законных основаниях взиматься сборы, и что я могу изменить или отозвать свой запрос, если не хочу платить такие сборы.

**ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ**

Я понимаю, что настоящее согласие может позволять раскрытие информации об употреблении алкоголя или наркотиков и (или) о психиатрических расстройствах и (или) об инфицировании ВИЧ (включая сведения о сдаче анализов на ВИЧ, заражении ВИЧ, наличии СПИДа или заболевания, вызванного ВИЧ, либо сведений, которые могут указывать на возможность моего заражения ВИЧ).

Если я разрешаю раскрытие информации о лечении ВИЧ / СПИДа, алкогольной или наркотической зависимости либо нарушений психического здоровья, то получателям такой информации запрещается передавать ее дальше без моего разрешения, если иное не оговорено федеральными законами или законами штата. У меня также есть право запрашивать список людей, которые могут без разрешения получать или использовать информацию, связанную с моим ВИЧ-статусом. Если вы считаете, что подверглись дискриминации в связи с раскрытием или разглашением информации о ВИЧ-статусе, позвоните в Отдел прав человека штата Нью-Йорк по номеру (800) 523-2437 или (212) 480-2493 либо в Комиссию по правам человека города Нью-Йорка по номеру (212) 306-7450.

Подписывая настоящую форму, я разрешаю использование и раскрытие моей конфиденциальной медицинской информации на изложенных выше условиях. Эта информация может передаваться дальше, если закон не обязывает ее получателя, указанного в настоящей форме, сохранять конфиденциальность медицинской информации пациента и такая информация более не защищается федеральными правилами защиты конфиденциальности медицинской информации.



**Mount  
Sinai**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Представитель (может подписать документ только в случае, если пациент не достиг совершеннолетия или не может самостоятельно поставить подпись)

Personal Representative (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her behalf)

Подпись: \_\_\_\_\_ Имя и фамилия  
Signature: \_\_\_\_\_ (печатными буквами): \_\_\_\_\_  
Print Name: \_\_\_\_\_

Кем уполномочен: \_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_  
Authority: \_\_\_\_\_ Tel. No: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПО НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩЕМУ АДРЕСУ**

Центр	Адрес	Номер телефона
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway Brooklyn, NY 10025	718-951-2806
Mount Sinai Doctors Faculty Practice	Направляйте запросы непосредственно в отдел практики. Чтобы узнать адрес, позвоните в отдел. ИЛИ Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	Индивидуальная практика
Mount Sinai Union Square	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	212-844-5275
Mount Sinai St. Luke's	Mount Sinai St. Luke's Health Information Management 1111 Amsterdam Avenue New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019	212-523-6623
Mount Sinai Chelsea	Mount Sinai Downtown Chelsea Health Information Management 325 West 15th Street New York, New York 10011	212-604-6045
New York Eye and Ear Infirmary	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street New York, NY 10003	212-979-4352