

Upoważnienie do ujawnienia chronionych informacji zdrowotnych (PHI)



Imię i nazwisko pacjenta (dane do ujawnienia): _____

Ulica: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Telefon: _____ Data urodzenia: _____

1. **Dane do ujawnienia:**

- Pełna historia medyczna Raporty laboratoryjne Historia szczepień Szczegółowe rozliczenia

2. **Dane wrażliwe do ujawnienia (należy wybrać co najmniej jedną opcję):**

- Wyniki badań laboratoryjnych chorób/zakażeń przenoszonych drogą płciową Zdrowie behawioralne
 Nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych Wniosek nie obejmuje danych wrażliwych

3. **Daty świadczenia usług do ujawnienia:**

- WSZYSTKIE daty świadczenia usług
 Konkretnie daty świadczenia usług: _____

4. **Moje dane mogą zostać ujawnione następującej osobie lub firmie:**

- Oak Street Health – Medical Records _____
2655 Warrenville Road, 3rd Floor Imię i nazwisko osoby lub nazwa firmy
Downers Grove, IL 60515
Faks: 773-437-6797 _____
Adres do korespondencji/adres e-mail

5. **Wyrażam zgodę na ujawnienie moich danych w następującym celu:**

- Na wniosek pacjenta lub osobistego przedstawiciela pacjenta (bez określonego celu)
 Określony cel: _____

6. **Niniejsze Upoważnienie pozostaje w mocy do czasu jego odwołania przeze mnie, chyba że wprowadzę tutaj inną datę wygaśnięcia:** _____ / _____ / _____

7. **Składając podpis poniżej, rozumiem i zgadzam się, że:**

- Moje dane mogą zawierać wrażliwe informacje związane z leczeniem schorzeń psychicznych, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających, chorobami przenoszonymi drogą płciową, takimi jak HIV/AIDS lub innymi chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, a także informacje o markerach genetycznych.
- Mogę odwołać niniejsze upoważnienie w dowolnym momencie, pisząc do Oak Street Health na adres, adres e-mail lub numer faksu podany na dole niniejszego formularza, z wyjątkiem zakresu, w jakim Oak Street Health już polegała na tym upoważnieniu.
- Rozumiem, że podpisanie niniejszego upoważnienia jest dobrowolne i że niniejsze upoważnienie nie wpłynie na moją zdolność do uzyskania leczenia, płatność za leczenie, rejestrację lub uprawnienie do świadczeń od Oak Street Health. Kserokopia lub faks niniejszego podpisanego upoważnienia są tak samo ważne jak oryginał i będą akceptowane.
- Ktokolwiek otrzyma moje PHI, może udostępnić je innym. Oznacza to, że federalne lub stanowe przepisy dotyczące prywatności mogą już nie chronić moich PHI.
- Rozumiem, że mam prawo do otrzymania kopii niniejszego upoważnienia.

Podpis pacjenta/osobistego przedstawiciela*

Data

*W przypadku podpisania przez osobę inną niż pacjent, prosimy o napisanie drukowanymi literami pełnego imienia i nazwiska, wyjaśnienie swojego upoważnienia do działania w imieniu tego pacjenta i dostarczenie nam dokumentów potwierdzających to upoważnienie (np. pełnomocnictwo lub formularz opiekuńcy):