



# Запрос пациента на предоставление медицинской документации

Legacy Health Release of Information, P.O. Box 2868, Portland OR 97208, ФАКС: (855) 892-7124

**Заполняйте разборчиво печатными буквами. Инструкции по заполнению данной формы см. с обратной стороны страницы.**

**Несоблюдение инструкций может привести к задержке в обработке запроса.**

## 1. ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя пациента: \_\_\_\_\_ Дата рождения (мм/дд/гггг): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Можно ли оставить подробное сообщение?  Да  Нет

## 2. ИСТОЧНИК ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ (ВЫБЕРИТЕ ОДНО МЕСТО ДЛЯ КАЖДОЙ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ)

- МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LEGACY EMANUEL MEDICAL CENTER / ВКЛЮЧАЯ ДЕТСКУЮ БОЛЬНИЦУ RANDALL CHILDRENS HOSPITAL
- МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LEGACY SILVERTON MEDICAL CENTER
- МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LEGACY GOOD SAMARITAN MEDICAL CENTER / ВКЛЮЧАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ШТАТА ОРЕГОН (Rehabilitation Institute of Oregon, RIO)
- МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LEGACY MT HOOD MEDICAL CENTER
- МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LEGACY MERIDIAN PARK MEDICAL CENTER
- МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LEGACY SALMON CREEK MEDICAL CENTER
- МЕДИЦИНСКАЯ ГРУППА LEGACY MEDICAL GROUP (укажите медицинское учреждение) \_\_\_\_\_
- ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ UNITY BEHAVIORAL HEALTH
- ПОСТАВЩИКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ LEGACY HEALTH (укажите) \_\_\_\_\_

## 3. ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Период с: \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_\_

- Записи отделения экстренной медицинской помощи
- Сведения о вакцинации  Клинические записи LMG
- Выписные эпикризы  Результаты лабораторных/гистологических анализов
- Платежные документы  Анамнез и протоколы физикальных осмотров
- Результаты лучевой диагностики
- Дневниковые записи медицинского учреждения
- Радиологические снимки — доступны только на диске
- Другое (укажите) \_\_\_\_\_

## 4. ФОРМАТ ДОКУМЕНТАЦИИ (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДИН ВАРИАНТ)

- Эл. Почта
- MyHealth (требуется активная учетная запись MyHealth)
- CD-ДИСК (только совместимые с ПК)
- DVD-ДИСК (только совместимые с ПК)
- Бумажный носитель

## 5. МОИ ПРАВА

Если по моему усмотрению моя медицинская документация будет отправлена другому лицу, я понимаю, что **должен(-на) отметить инициалами** следующие пункты **только в том случае, если я хочу, чтобы данная информация была раскрыта в рамках данного запроса:**

\_\_\_\_\_ Информация и/или записи о психическом здоровье (только для штата Орегон)

\_\_\_\_\_ Информация и/или записи о генетических исследованиях (только для штата Орегон)

\_\_\_\_\_ Положительные результаты теста на ВИЧ и информация о постановке диагноза ВИЧ

\_\_\_\_\_ Информация о других заболеваниях, передающихся половым путем (только для штата Вашингтон)

\_\_\_\_\_ Информация о лечении наркотической/алкогольной зависимости или направлениях на лечение. В соответствии с федеральными нормативно-правовыми актами опишите, какие сведения о лечении наркотической/алкогольной зависимости подлежат раскрытию:

В исключительных обстоятельствах компания Legacy Health может отклонить данный запрос в соответствии с федеральными нормативно-правовыми актами, регулирующими использование и раскрытие защищенной медицинской информации. Я понимаю, что, за исключением случаев, когда иное разрешено действующим законодательством, я имею право запросить пересмотр отказа лицензированным независимым специалистом, выбранным компанией Legacy Health и не участвовавшим в принятии решения об отклонении моего запроса. Пациентам, получающим свою медицинскую документацию, будет выставлен счет в соответствии с положениями закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Другим сторонам/организациям, получающим документацию в юридических или коммерческих целях, будет выставлен счет на сумму, предусмотренную законодательством штата для третьих сторон.\* Пациент, заполняющий данную форму запроса на предоставление документации, несет ответственность за уведомление юридических или коммерческих получателей о выставлении им счета на вышеупомянутую сумму. Медицинская документация будет отправлена по почте на адрес, указанный в разделе 1, если иное не указано в разделе 5. Документация отправляется только на один адрес для каждой формы запроса.

## 6. ПОЛУЧАТЕЛЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

**Я** (выберите ТОЛЬКО один вариант)  Отправить мою документацию на адрес, указанный выше

Отправить документацию на мою активную учетную запись MyHealth\*\*

Отправить документацию по электронной почте на мой адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**Или** отправить мою документацию следующим получателям:

Организация/лицо\* \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Факс \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты для отправки документации \_\_\_\_\_

## 7. ПОДПИСЬ

Подпись пациента или представителя пациента по вопросам медицинской помощи \_\_\_\_\_

(Если не подписывается пациентом, см. информацию с обратной стороны страницы). (обязательно)

Дата \_\_\_\_\_

(обязательно в формате «мм/дд/гггг»)

Имя лица, подписывающего настоящую форму, печатными буквами \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

(обязательно)

(обязательно)

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ (13–17 лет) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

(Дополнительно требуется подпись несовершеннолетнего  
лица в возрасте от 13 до 17 лет)

(обязательно в формате  
«мм/дд/гггг»)

# Запрос пациента о предоставлении медицинской документации — инструкции

Инструкции. Заполняйте разборчиво печатными буквами. Неполное заполнение формы может привести к задержке в обработке запроса.

- **ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА** — печатными буквами укажите имя, дату рождения, полный почтовый адрес и номер телефона.
- **ИСТОЧНИК ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ** — выберите медицинский центр Legacy Medical Center ИЛИ название медицинского учреждения медицинской группы Legacy Medical Group ИЛИ укажите имя поставщика медицинских услуг Legacy, от которого Вы хотите получить свою медицинскую документацию.
- **ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ** — укажите диапазон дат и информацию, которую необходимо предоставить. Если Вы хотите получить информацию, не представленную в списке, оставьте соответствующий комментарий в пункте «Другое».
- **ФОРМАТ ДОКУМЕНТАЦИИ** — выберите из следующих вариантов: CD-диск, DVD-диск, MyHealth\*\* или бумажный носитель. Если не выбрано ни одного варианта, форматом по умолчанию является бумажный носитель. При выборе MyHealth\* записи будут отправлены непосредственно на Вашу учетную запись MyHealth. Обратите внимание, что в случае выбора данного варианта необходимо наличие активной учетной записи MyHealth. Если у Вас нет учетной записи MyHealth, обратитесь в отдел по работе с клиентами MyHealth с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по телефону 503-415-4835 (Орегон) или 360-487-1075 (Вашингтон).
  - **Обратите внимание:** нашей стандартной процедурой предоставления электронной документации является ее отправка безопасным способом. В случае запроса о предоставлении документации на диске мы обеспечиваем защиту PDF-файлов и отправляем отдельное письмо, содержащее пароль для доступа к документации. В случае отправки документации по электронной почте Вам будет выслана ссылка с защищенным доступом. После нажатия ссылки Вам будет предложено ввести персональные данные запрашиваемого пациента, после чего Вы сможете загрузить документацию, отправленную посредством сайта для безопасного обмена информацией. Кроме того, отправка документации на Вашу учетную запись MyHealth защищена с помощью Вашего пароля учетной записи.
- **МОИ ПРАВА**
  - Особо защищенная информация из раздела 5 будет раскрыта только в случае **отметки инициалами**.
  - Пациентам, получающим свою медицинскую документацию, будет выставлен счет в соответствии с положениями закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
  - Другим сторонам/организациям, получающим документацию в юридических или коммерческих целях, будет выставлен счет на сумму, предусмотренную законодательством штата для третьих сторон. Тарифы для штата Орегон см. в документе «ORS 192.563». Тарифы для штата Вашингтон см. в документе «RCW 70.02.010».
  - Пациенты, заполняющие данную форму запроса на предоставление документации, несут ответственность за уведомление юридических или коммерческих получателей о выставлении им счета на вышеупомянутую сумму.
- **ПОЛУЧАТЕЛЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ** — укажите получателя предоставляемой информации, а также кем он Вам приходится. Вам необходимо указать полный почтовый адрес и контактный номер телефона. При необходимости укажите номер факса и/или адрес электронной почты.
- **ПОДПИСЬ** — поставьте свою подпись и укажите дату подписания.

**Если Вы подписываете данную форму и не являетесь пациентом**

  - Пациенты в возрасте 18 лет и старше должны самостоятельно подписать форму и указать дату.
  - Если пациент старше 18 лет и он/она не в состоянии поставить подпись:
    - В соответствии с законом HIPAA (§ 164.502(g)(1) 45-го Свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR)) подписать форму и указать дату может личный представитель. В соответствии с законом HIPAA адвокат пациента не является личным представителем, если только это лицо не назначено специально для принятия решений, связанных с медицинским обслуживанием пациента.
    - Укажите, кем Вы приходите к пациенту (опекун, представитель по вопросам медицинской помощи или имеете доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием), и предоставьте документацию, подтверждающую Ваши взаимоотношения.
  - В случае несовершеннолетних пациентов в возрасте от 13 до 17 лет требуется подпись несовершеннолетнего лица.

Тарифы для пациентов, запрашивающих свою медицинскую документацию:	
В бумажном или электронном формате	Фиксированный тариф \$6,50
Документация, отправляемая на Вашу учетную запись MyHealth* (см. ниже)	Бесплатно

\* Для выбора данного варианта необходимо наличие активной учетной записи MyHealth. Кроме того, обратите внимание, что для большинства медицинских учреждений Legacy Health отправка в MyHealth возможна только для документации начиная с 2011 г., доступной в нашей системе электронных медицинских карт.

Отправьте заполненную форму по адресу: Legacy Health Release of Information ИЛИ Номер факса: 855-892-7124  
P.O. Box 2868  
Portland, OR 97208

В случае возникновения вопросов обратитесь в отдел раскрытия информации компании Legacy по телефону 503-413-2762 с понедельника по пятницу с 8:00 до 16:30 (за исключением главных праздников).

Запросы пациентов обрабатываются в порядке их получения. Обработка запросов относительно учреждений штата Вашингтон может занять до 15 дней, а учреждений штата Орегон — до 30 дней. Мы прилагаем все усилия для того, чтобы своевременно обработать все запросы.