



Город и округ Сан-Франциско  
Министерство здравоохранения  
Сеть здравоохранения Сан-Франциско  
УСЛУГИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
(BHS)

Имя:  
BIS Number (Номер медицинской карты):  
RU Number (Номер информирующего учреждения):

Пользовательское соглашение портала BHS – портала по оказанию услуг психиатрической помощи

Сеть здравоохранения Сан-Франциско предлагает пользовательский портал BHS. Я могу выбрать, пользоваться ли мне порталом BHS. Мое пользование услугами портала BHS означает, что я понимаю и соглашаюсь со следующими условиями:

1. Я понимаю, что смогу просматривать ключевую информацию о состоянии моего здоровья в пользовательском портале BHS. Я понимаю, что в портале представлена неполная информация о состоянии моего здоровья. Я также могу запросить бумажные копии моей медицинской карты.
2. В случае если я опасаясь, что мне будет трудно остановить мою семью, партнеров или других лиц от доступа к моему пользовательскому portalу BHS, возможно, я не захочу активировать свою учетную запись в его системе. В портале может быть представлена некоторая информация о лечении моих психических проблем, употреблении различных веществ, венерических заболеваниях, а также о случаях психического, физического и сексуального насилия.
3. Пользовательский портал BHS не заменяет индивидуального медицинского обслуживания.
4. Я не буду пытаться получить доступ к неотложной медицинской помощи через этот портал.
  - a. В случае если мне или членам моей семьи потребуется срочная медицинская или психиатрическая помощь, я ПОЗВОНЮ ПО НОМЕРУ 911 или обращусь в ближайшее отделение неотложной медицинской помощи.
  - b. В случае необходимости в срочной психиатрической помощи я позвоню в психиатрическую клинику.
5. Пользовательский портал BHS может предоставить мне более простой способ получить доступ к информации моей медицинской карты. Однако он не гарантирует получения пациентами какой-либо пользы.
6. Использование пользовательского портала BHS не влияет на мое право на получение индивидуального медицинского обслуживания или участие в программах финансирования.
7. Информация предоставляемая в пользовательском портале BHS доступна для меня и моих поставщиков услуг психиатрической помощи.
8. Вся предоставляемая в портале информация зашифрована. Пользовательский портал BHS использует процедуру защищенного входа.
9. Для пользования порталом BHS я должен иметь адрес электронной почты.
10. Со своей стороны, я должен принять меры для защиты конфиденциальности и приватности информации о состоянии моего здоровья. Я обязан сделать следующее:
  - a. Я должен использовать адрес электронной почты, логин и пароль, которые НЕ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВЛЯТЬ никому.
  - b. У меня будет уникальный логин и пароль для входа в портал.
  - c. Я НИКОГДА НЕ ДОЛЖЕН НИКОМУ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ МОЙ ЛОГИН И ПАРОЛЬ.
  - d. По окончании сеанса я должен выйти из моей учетной записи в системе портала и закрыть интернет-браузер.
  - e. В случае если я не выйду из системы портала должным образом, кто-то другой может получить доступ к моей информации.
  - f. Я понимаю, что в случае если я предоставляю доступ к моей медицинской информации какому-либо лицу, которое не обязано сохранять ее конфиденциальность согласно законодательству, эта информация может быть раскрыта снова, и не будет защищена. Законодательство штата Калифорния требует, чтобы уполномоченные лица воздерживались от раскрытия такой информации, если только они не получают на это мое письменное разрешение, или это предусмотрено законодательством.
11. Если клиент разрешил мне просматривать свою медицинскую карту (в качестве представителя):
  - a. Я должен иметь свой логин и пароль учетной записи.
  - b. Я не могу использовать логин и пароль пациента.
  - c. Законодательство штата Калифорния требует, чтобы я воздерживался от раскрытия такой информации, если только я не получил на это письменное разрешение пациента, или это предусмотрено законодательством.

**ПРОЧТИТЕ ВЫШЕИЗЛОЖЕННЫЙ ТЕКСТ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОДПИСАТЬ ДОКУМЕНТ НИЖЕ:**

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ Я НЕ СОГЛАСЕН С УСЛОВИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, я не могу пользоваться порталом BHS для просмотра своей медицинской информации. Я могу получить бумажные копии моей медицинской карты в Департаменте управления медицинскими данными BHS сети здравоохранения Сан-Франциско.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Конфиденциальная информация пациента/клиента: Показать код закона о социальном обеспечении 5328

(\*\* ПОЖАЛУЙСТА, СОХРАНИТЕ В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ КЛИЕНТА (раздел согласий) \*\*)

**Дата обновления:**