



**Департамент здравоохранения
города и округа Сан-Франциско
СЛУЖБА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Имя: _____
 Фамилия, Имя
Дата рождения: _____
Номер BIS (если известен): _____

Обмен информацией в сети Care Quality Network — форма отказа/отмены отказа

Эта форма используется для того, чтобы вы могли отказаться от участия в безопасном электронном обмене информацией между Службой психического здоровья и другими поставщиками услуг, задействованными в вашем лечении. Вы также можете использовать эту форму, чтобы отменить предыдущее решение об отказе. Перед отправкой этой формы внимательно прочтите следующий текст.

Что такое сеть Care Quality Network? Сеть Care Quality Network — это безопасный способ электронного обмена информацией о вашем здоровье между уполномоченными врачами, больницами, лабораториями и другими поставщиками медицинских услуг.

В чем заключается польза обмена информацией? У поставщиков, задействованных в вашем лечении, будет самая последняя и полная информация при координации действий и принятии в согласии с вами решений относительно вашего лечения.

Какая информация участвует в обмене? Информация о психическом здоровье может включать в числе прочего сведения о лечащем персонале, лекарствах, аллергиях, текущих и прошлых результатах лабораторных исследований, даты клинических приемов.

Какая информация не может участвовать в обмене? Содержание записей и оценок, сделанных вашими поставщиками медицинских услуг BHS, или информация, для раскрытия которой требуется ваше специальное разрешение в соответствии с федеральным законом, включая сведения о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Кто может просматривать записи о моем лечении? Эти записи смогут просматривать только те поставщики медицинских услуг, которые участвуют в вашем лечении и имеют соответствующий доступ к сети Care Quality Network.

Есть ли риски в отказе от обмена информацией? Да. Цель обмена информацией — позволить вашим поставщикам услуг быстрее обмениваться сведениями о вашем психическом и физическом здоровье.

Если вы запретите обмен информацией, у ваших поставщиков медицинских услуг будет меньше данных о вас при принятии и обсуждении с вами решений о вашем медицинском обслуживании.

Я не хочу участвовать. Как мне отказаться? Поставщики услуг смогут просматривать вашу медицинскую информацию, если вы не заполните и не отправите эту форму по факсу в DPH BHS НІМ по номеру (628) 206-7517. Обработка этого запроса может занять пять (5) рабочих дней. Отзыв согласия на участие в обмене информацией не повлияет на вашу возможность доступа к медицинской помощи. Вы можете изменить свое решение об участии или отказе в любой момент.

Отказаться. Я не хочу, чтобы информация о моем психическом здоровье передавалась в электронном виде другим поставщикам медицинских услуг.

Аннулировать отказ. Я отменяю свое предыдущее решение об отказе. Я разрешаю доступ к информации о моем психическом здоровье другим поставщикам медицинских услуг.

Подпись: _____ Дата: _____

клиент/родитель/опекун/другой законный представитель

Если подписано не клиентом, а кем-то другим, укажите юридическое отношение к клиенту:

Примечание. Федеральные правила и законодательство штата разрешают обмен информацией о вашем психическом и физическом здоровье в устной и письменной форме между поставщиками медицинских услуг, оказывающими вам помощь. Дополнительные сведения о том, как передаются ваши медицинские данные, и о ваших правах можно найти в «Уведомлении о процедурах обеспечения конфиденциальности». Вы расписались в ознакомлении с этим Уведомлением в первый день получения услуг DPH. Вы можете запросить копию у своего поставщика услуг.