



## **Доступ к онлайн-медицинской карте другого взрослого лица в системе sfHealthConnect**

sfHealthConnect – это веб-сайт, где Вы можете просматривать информацию Вашей онлайн-медицинской карты. Вы можете позволить другому лицу просматривать Вашу онлайн-медицинскую карту в целях содействия в оказании Вам медицинской помощи. База данных веб-сайта sfHealthConnect может содержать важную информацию, которую Вы хотели бы сохранять в условиях конфиденциальности. Сюда может входить некоторая информация о психическом здоровье, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, венерических заболеваниях, а также о случаях психического, физического и сексуального насилия.

Если Вы хотите, чтобы кто-то просматривал Вашу онлайн-медицинскую карту, Вам необходимо проконтролировать следующие моменты:

1. Выберите взрослого лицо (18 лет и старше). Вы не можете выбрать кого-то моложе 18 лет.
2. Не следует выбирать поставщика медицинских услуг или сотрудников, предоставляющих Вам уход в сети здравоохранения Сан-Франциско или другом учреждении здравоохранения.
3. Подпишите форму согласия лично. В форме сказано, что Вы уполномочили другого взрослого лица на получение доступа к Вашей онлайн-медицинской карте в системе sfHealthConnect.
4. Уполномоченное лицо должно согласиться с пользовательским соглашением веб-сайта sfHealthConnect.

Вы НЕ должны находиться под давлением кого-либо, предоставляя доступ к Вашей онлайн-медицинской информации. Если Вы разрешаете кому-либо просматривать Ваши записи в sfHealthConnect, Вы разрешаете предоставлять этому лицу части Вашей медицинской карты. Вы можете отозвать доступ другого пользователя к информации вашей медицинской карты в системе sfHealthConnect. Чтобы отозвать доступ другого взрослого лица к Вашей информации, Вам необходимо подать запрос в ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ. Для прекращения доступа другого взрослого лица к Вашей учетной записи может понадобиться вплоть до 3 дней. Сеть здравоохранения Сан-Франциско оставляет за собой право закрыть доступ к медицинской информации в любое время.



**Доступ к онлайн-медицинской карте другого**

ИМЯ  
DOB  
BIS  
RU

- Я прочитал и понял содержание документа "**Доступ к онлайн-медицинской карте другого взрослого лица в системе sfHealthConnect**".
- Я разрешаю предоставить нижеуказанному лицу доступ к моей медицинской информации в системе sfHealthConnect. Сюда входит информация, которая является доступной в настоящее время, а также информация, которая может стать доступной в будущем.
- Я понимаю, что я могу закрыть доступ к моей информации в любое время. Для прекращения доступа другого взрослого лица к Вашей учетной записи может понадобиться вплоть до 3 дней.
- 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.

**Лицо, которому я разрешаю доступ к моей онлайн-медицинской карте в системе sfHealthConnect:**

Имя:

Фамилия:

Дата рождения (возраст лица должен быть 18 лет или старше):

Адрес электронной почты:

Отношение ко мне:

Супруг/партнер

Ребенок

Брат/сестра

Другое – пожалуйста, укажите:

Подпись пациента:

Дата:

Подпись свидетеля:

\_ Дата:

Имя свидетеля (печатными буквами):

**Из соображений безопасности, пожалуйста, принесите заполненную форму в Вашу клинику.**