

Инструкции по доставке	<input type="checkbox"/> Направить информацию по почте напрямую указанному лицу или организации <input type="checkbox"/> Позвонить запрашивающему лицу/организации, когда информация будет готова к получению Я даю разрешение _____ получить копии моей медицинской документации. Кем указанное лицо приходится пациенту _____ <input type="checkbox"/> Портал пациента (CS-Link) _____ <input type="checkbox"/> E-mail _____ <input type="checkbox"/> Иное _____
Уведомление о правах	Я понимаю, что: <ol style="list-style-type: none"> Отказ от подписания этого разрешения не отразится на моих возможностях по получению лечения. Я могу просмотреть или получить копию медицинской документации, разрешение на использование или передачу которой у меня просят. Я могу в любой момент аннулировать это разрешение, направив уведомление в письменной форме, <u>подписанное мной или от моего имени, по адресу Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Angeles, CA 90048.</u> В случае аннулирования мною настоящего разрешения это не отразится на действиях, совершенных до получения уведомления о аннулировании. Я имею право на получение копии этого разрешения. Информация, раскрытая в соответствии с настоящим разрешением, может быть повторно раскрыта получателем и может не быть защищенной федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA). Однако, закон штата Калифорния запрещает лицу, получившему мою медицинскую информацию, передавать эту информацию третьим лицам без получения от меня дополнительного разрешения на такую передачу, за исключением случаев, когда такое раскрытие информации необходимо или разрешено в порядке, установленном законом. Если этот квадратик <input type="checkbox"/> помечен, то запрашивающее лицо/организация получает компенсацию за использование или передачу моей информации.
Срок действия	В отсутствие моего письменного уведомления об аннулировании настоящее разрешение автоматически теряет юридическую силу после удовлетворения потребности в передаче информации, а также теряет юридическую силу в любом случае через 180 дней с момента подписания настоящего документа, если не указано иное: _____
Подпись	Подпись: _____ Дата: _____ <i>(пациент, доверенность на принятие медицинских решений или законный представитель пациента)</i> Кем законный представитель приходится пациенту: _____

Health Information Management Department
8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048
[Email: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org](mailto:GroupHIDInternetInquiries@cshs.org)
Тел.: 310-423-2259 • Факс: 310-423-0113