



DRŽAVA MIZURI

ODOBRENJE ZA OTKRIVANJE MEDICINSKIH/ZDRAVSTVENIH INFORMACIJA KORISNIKA

Ja, _____ odobravam i zahtijevam
(IME KORISNIKA, RODITELJA, STARATELJA/ZAKONSKOG PREDSTAVNIKA)

Staviti kvačicu na sve što je primenljivo:

- Odjel za Mentalno Zdravlje (DMH) Odjel za Zdravlje i Brigu o Starijima (DHSS)
 Odjel za Socijalne Usluge (DSS) Odjel za Osnovno i Drugostepeno Obrazovanje (DESE)
 Drugo _____

(IME OBJEKTA, AGENCIJE, MENTALNOG ZDRAVSTVENOG CENTRA, OSOBE)

za otkrivanje/dopuštanje dolje specificiranih informacija o:

IME

DATUM RODJENJA

BROJ SOCIJALNE SIGURNOSTI

KO DOBIJA USLUGE OD (Podatci)

za (staviti kvačicu na sve što je primenljivo)

- Odjel za Mentalno Zdravlje (DMH) Odjel za Zdravlje i Brigu o Starijima (DHSS)
 Odjel za Socijalne Usluge (DSS) Odjel za Osnovno i Drugostepeno Obrazovanje (DESE)
 Drugo _____

(IME OBJEKTA, AGENCIJE, MENTALNOG ZDRAVSTVENOG CENTRA, OSOBE)

(ADRESA, GRAD, DRŽAVA, POŠANSKI BROJ)

SVRHA OVOG OTKRIVANJA JE (KVAČICA NA SVE ŠTO JE PRIMENLJIVO)

- Odredjivanje Podobnosti Procjena Nadzora Naknadna njega
 Plasiranje Transfer/Tretman Planiranje Tretmana
 Nastavljanje Usluga/Njege Uvjetno/Bezuvjetno Dopuštanje Saslušanja Na Zahtjev Korisnika
 Da dijeli ili prenese moje informacije drugim agencijama države Mizuri (kao sto su DMH, DHSS, DSS, DESE, id.) za dobijanje usluga dosljedno sa _____ programom (molimo navedite ime programa u kojem želite da sudjelujete)
 Drugo (specificirati) _____

SPECIFIČNE INFORMACIJE ZA OTKRIVANJE SU (KVAČICA NA SVE ŠTO JE PRIMENLJIVO)

- Rezime Otpuštanja Bilješke Progresa Plan Tretmana i/ili Razmatranje
 Procjena Socijalnih Usluga Obrazovno testiranje, IEP, transkript, i/ili izvještaji ocijenjivanja
 Medicinsko/Psijhijatrijska Procjena(e)
 Psihometričko testiranje, uključujući rezultate koeficijenta inteligencije (IQ), neurološko testiranje, ili drugi rezultati razvojnih testova.
 Drugo _____

1. **PROČITATI PAŽLJIVO:** Ja razumijem da su evidencije mojih medicinskih/zdravstvenih informacija povjerljive. Ja razumijem da potpisujući ovo odobrenje, dozvoljavam otkrivanje mojih medicinskih/zdravstvenih informacija. Zaštićene zdravstvene informacije (PHI) u mojoj medicinskoj evidenciji uključuju mentalne/bihevioralne zdravstvene informacije. Dodatno, to može uključiti informacije koje se odnose na seksualno prenosive bolesti, stečeni imunološko deficitarni sindrom (SIDA/AIDS), humani imunološko deficitarni virus (HIV), ili prenosive bolesti, i/ili zloupotreba alkohola/droga.
2. Evidencije informacija o zloupotrebi alkohola i droga su specifično zaštićene savjeznim regulativama (42 CFR 2) i potpisujući ovo odobrenje bez restrikcija ja dozvoljavam otkrivanje bilo kojih evidencija informacija o alkoholu i/ili drogi (ako ih ima) agenciji ili osobi specificiranoj dolje. Molimo potpišite ako odobravate otkrivanje informacije o zloupotrebi alkohola i droga:

3. Ovo odobrenje uključuje obe informacije do sada sakupljene i informacije koje će se sakupiti tokom procesa tretmana u gore navedenom objektu ili agenciji koja pruža usluge, tokom specificiranog vremenskog roka.
4. Ovo odobrenje postaje efektivno dana _____. Ovo odobrenje automatski ističe sljedećeg datuma, povoda ili specijalnih uslova
_____.
5. Ako propustim da specificiram datum isticanja, ovo odobrenje će isteći za godinu dana.
6. Ja razumijem da imam pravo da opozovem ovo odobrenje bilo kada. Ja razumijem da ako opozovem ovo odobrenje moram to učiniti **PISMENO** i predati moj pismeni opoziv upravi odjela za zdravstvene informacije (medicinske evidencije) ili informativnom centru klijenata u ovom objektu. Ja dalje razumijem da akcije već preduzete i bazirane na ovom odobrenju, prije opoziva, **NEĆE** biti ometene.
7. Ja razumijem da imam pravo da dobijem kopiju ovog odobrenja. **Fotografska kopija ovog odobrenja je isto važna kao i original.**
8. Ja razumijem da je odobrenje o otkrivanju medicinskih/zdravstvenih informacija dobrovoljno. Ja mogu odbiti da potpišem ovo odobrenje. Ja ne treba da potpišem ovaj obrazac radi obezbjedjenja tretmana. Ja razumijem da mogu zahtijevati provjeru ili zahtijevati kopiju informacije koja se koristi u svrhu otkrivanja, kako je navedeno u 45 CFR Section 164.524. Ja razumijem da bilo kakvo otkrivanje informacija potencijalno može uzrokovati neodobreno ponovno otkrivanje informacija koje onda nisu zaštićene prema savjeznim pravilima povjerljivosti. Ako imam pitanja o otkrivanju mojih medicinskih/zdravstvenih informacija, ja mogu kontaktirati direktora uprave zdravstvenih informacija (direktora medicinskih evidencija) ili informativni centar klijenata, ili naimenovanog, ili službenika za privatnost po pitanju pokrivenih entiteta.

SLJEDEĆE SE PRIMJENJUJE ZA EVIDENCIJE INFORMACIJA O TRETMANU ZLOUPOTREBE ALKOHOLA I/ILI DROGA:

Zabrana ponovnog otkrivanja: Ove informacije su vam otkrivene iz evidencija čija povjerljivost je zaštićena Savjeznim zakonom. Savjezne regulative (42 CFR Part 2) zabranjuju vam da vršite dalja otkrivanja istih bez specifičnog pismenog odobrenja osobe na koju se odnose, ili kako je inače specificirano ovim regulativama. Generalno odobrenje za otkrivanje medicinskih ili drugih informacija NIJE dovoljno za ovu svrhu.

Moj potpis dolje označava da sam pročitao/la, razumijeo/la, i odobrio/la otkrivanje moje PHI.

POTPIS KORISNIKA	DATUM
SVJEDOK	DATUM

POTPIS RODITELJA/ZAKONSKOG STARATELJA/PREDSTAVNIKA

(Molimo uključite Opis Odobrenja o Djelovanju u Korist Korishnika i priložite kopiju Dokumenta Dodijeljenog Odobrenja, gdje je primjenljivo)

OBAVIJEST O OPOZIVU

DATUM

Ja, _____, (Korisnik) ovim opozivam moje odobrenje ovog otkrivanja informacija agenciji/osobi navedenoj gore. Ovaj opoziv efektivno anulira i poništava bilo kakvu dozvolu za otkrivanje informacija jasno datih gornjim odobrenjem. Ja razumijem da bilo kakve aktivnosti zasnovane na ovom odobrenju, prije opoziva, neće biti ometene.

POTPIS KORISNIKA	DATUM
SVJEDOK	DATUM
POTPIS RODITELJA/ZAKONSKOG STARATELJA/PREDSTAVNIKA	DATUM

Ako izaberete da opozovete svoje odobrenje, molimo obezbijedite kopiju popunjenog opoziva direktoru uprave zdravstvenih informacija (direktoru medicinskih evidencija), ili informativnom centru klijenata, ili službeniku za privatnost u ovom objektu.