

СОГЛАСИЕ НА ОСМОТР И ЛЕЧЕНИЕ

Я понимаю, что **Northwest Gastroenterology Clinic & NGC Endoscopy Services** (именуемые ниже «Это Учреждение») будут использовать и предоставлять информацию о моем здоровье.

Я понимаю, что **информация о моем здоровье** может включать информацию, как созданную, так и полученную Учреждением, может быть в форме письменных или электронных записей или устных формулировок, а также может включать информацию о моем анамнезе, состоянии здоровья, симптомах, обследованиях, результатах анализов, диагнозах, лечении, процедурах, предписаниях и подобную информацию, связанную со здоровьем.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что это Учреждение может использовать и предоставлять информацию о моем здоровье для:

- принятия решений и планирования моего ухода и лечения;
- обращения, консультирования, координирования и контроля вместе с другими поставщиками медицинских услуг в отношении моего ухода и лечения;
- определения факта наличия у меня права на план медицинского страхования или страхового покрытия, а также выставления счета, подачи претензии и другой связанной информации страховым компаниям или другим лицам, которые могут нести ответственность за оплату моего медицинского обслуживания полностью или частично; и
- выполнения различных офисных, административных и деловых функций, которые поддерживают намерения моего врача предоставлять мне услуги, организовать и выплачивать компенсации за качественное и недорогостоящее медицинское обслуживание

Я также понимаю, что имею право получить и прочитать письменное описание того, как это Учреждение будет обрабатывать мою медицинскую информацию. Этот документ известен как Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности, описывает процедуры использования и раскрытия информации о здоровье, а также методы работы с информацией, которым следуют сотрудники, персонал и другой офисный персонал этого Учреждения, а также мои права в отношении информации о моем здоровье.

Я понимаю, что Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности может периодически изменяться, и что я имею право получить копию любого измененного Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности. Я также понимаю, что копия самой последней версии действующего Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности будет размещена в зоне ожидания/приема.

Я понимаю, что имею право потребовать, чтобы некоторая и/или вся моя медицинская информация не использовалась или не раскрывалась в порядке, описанном в Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности, и я понимаю, что от этого Учреждения не требуется по закону давать согласие на такие запросы.

Подписываясь ниже, я соглашаюсь с тем, что я прочитал(а) и понимаю приведенную выше информацию, получил(-а) или мне была предложена копия Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности.

Кем: _____ Дата: _____
(Пациент)

ИЛИ

Кем: _____ Дата: _____
(Представитель пациента)

Описание полномочий Представителя: _____