



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Jay Curkendall, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G.
Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G. M.D. • Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G. • Nataliya Carlson, M.D.
Susan Gorman, M.D., F.A.C.O.G. • Carmen R. Gonzalez, M.D. D.A.B.O.G.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

WEST SACRAMENTO OFFICE
2101 Stone Blvd., Suite 110
W. Sacramento, CA 95691
Fax: 916 371-1166

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

В соответствии с новым законом о Распространении Медицинской Информации, нам больше не позволено допускать к вашей личной информации членов вашей семьи или оставлять сообщения содержащие вашу информацию на телефонном автоответчике без вашего письменного согласия. ПОЖАЛУЙСТА ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ НИЖЕ.

1. Пожалуйста, перечислите все лица которым вы разрешаете получать вашу информацию.

ИМЯ _____	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ _____

2. Пожалуйста, перечислите все лица которые могут запрашивать лечение для вас, или имеют право звонить по другим медицинским жалобам/просьбам (т.к. лекарство, направление, лечение).

ИМЯ _____	КЕМ ЯВЛЯЕТСЯ _____

3. Имеем ли мы право оставлять информацию на вашем домашнем автоответчике? ДА НЕТ

4. Имеем ли мы право оставлять информацию на вашем рабочем автоответчике? ДА НЕТ

5. Хотели бы вы воспользоваться электронной почтой для получения медицинской информации вместо автоответчика? ДА НЕТ

ЕСЛИ ДА, _____

6. Если вы желаете не разглашать определённую информацию, то перечислите ниже: ДА НЕТ

ЕСЛИ ДА, ПЕРЕЧИСЛИТЕ: _____

ИМЯ ПАЦИЕНТА: _____

печатным шрифтом

➔ ПОДПИСЬ _____

ДАТА _____

ММ/ДД/ГГГГ



Thomas E. Melchione, M.D., F.A.C.O.G. • Jay Curkendall, M.D., F.A.C.O.G. • Tanya Maagdenberg, M.D., F.A.C.O.G.

Matthew J. Susanka, M.D., A.B.O.G. M.D. • Laura Watters, M.D., F.A.C.O.G. • Nataliya Carlson, M.D.

Susan Gorman, M.D., F.A.C.O.G. • Carmen R. Gonzalez, M.D. D.A.B.O.G.

SACRAMENTO OFFICE
77 Cadillac Dr., Suite 230
Sacramento, CA 95825
Fax: 916 920-5709

WEST SACRAMENTO OFFICE
2101 Stone Blvd., Suite 110
W. Sacramento, CA 95691
Fax: 916 371-1166

SOUTH SACRAMENTO OFFICE
8120 Timberlake Way, Suite 201
Sacramento, CA 95823
Fax: 916 681-7909

ФОРМА СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА

Департамент Здравоохранения и Сферы Услуг установил "Закон Конфиденциальности" гарантирует что личная информация о вашем здоровье защищена и конфиденциальна. Данный закон также был создан для создания стандартов в помощь медицинским учреждениям в получении разрешения от их пациентов в использовании и разглашении личной информации о здоровье для проведения лечения, оплаты, или других медицинских услуг.

Являясь нашим пациентом, мы хотим что бы вы знали что мы уважаем конфиденциальность вашей личной информации и делаем все возможное для обеспечения и защиты вашей конфиденциальности. Мы стараемся всегда использовать разумные меры предосторожности чтобы защитить вашу конфиденциальность. Когда это соответствует и необходимо мы предоставляем минимум информации только тем кому мы считаем необходима ваша информация о здоровье, лечении, оплате, других медицинских услуг, для того чтобы предоставить лечение в ваших лучших интересах.

Мы также хотим вас известить что мы поддерживаем ваш полный доступ к вашей личной медицинской информации. Также, мы можем иметь косвенную связь с вами (через лаборатории которые взаимодействуют с докторами но не с пациентами), и можем разглашать вашу личную информацию в целях лечения, оплаты, или других медицинских действий. Эти лица ч еще всего не нуждаются в получении разрешения от пациентов.

Вы можете отказать в распространении вашей личной информации, но это должно быть в письменном виде. По закону, мы имеем право отказать вам в лечении если вы отказываетесь в распространении личной информации. Если вы подписываете данную форму сейчас, то имеете полное право позже отказаться полностью или частично в распространении вашей личной информации. Вы не имеете право аннулировать действия которые были уже приняты и которые зависят от этой ил и предыдущей подписанной формы.

Если у вас есть возражения по поводу данной формы, пожалуйста обратитесь к члену HIPPA департамент.

У вас есть право рассмотреть наше установление о конфиденциальности чтобы запросить ограничения, и аннулировать данное разрешение в письменном виде после того как вы рассмотрите наше установление о конфиденциальности. Ваша подпись подтверждает о получении нашей формы конфиденциальной деятельности или о возможности рассмотрения правил нашей организации.

ИМЯ ПАЦИЕНТА:

печатным шрифтом

✍ ПОДПИСЬ

ДАТА

ММ/ДД/ГГГГ

ГАРАНТИЯ СОБЛЮДЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЙ ДЛЯ НАШИХ ПАЦИЕНТОВ

Злоупотребление личной информации пациентов было установлено национальной проблемой причиняя пациентам неудобства, раздражение, и материальные расходы. Мы хотим чтобы вы знали что все наши сотрудники, руководители, администраторы и доктора продолжают обучение чтоб они могли лучше понимать и соблюдать закон и правила государства относительно HIPA, особенно по поводу конфиденциальности. Мы стараемся достичь самые высокие стандарты этики и честности в выполнении услуг для наших пациентов.

Это наше установление должным образом использовать личную информацию пациента в соответствии с правилами и законами государства. Мы хотим удостоверить вас что наша организация/компания не поддерживает развитие проблем/вопросов неправильного разглашения личной информации. Как часть этого плана, мы осуществили программу соблюдения которая поможет нам предупредить несоответствующее использование личной информации.

Мы также знаем что мы не совершенны, поэтому наше установление в том чтобы прислушиваться к нашим сотрудникам и к нашим пациентам не допуская мысли если данное действие не ставит наше установление под компромисс. Больше того, мы приветствуем ваши идеи касательно любых вопросов в сфере услуг для того чтобы мы могли исправить данную ситуацию быстро и правильно.