



ИНИЦИИРОВАНИЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

ЧАСТЬ I. СОГЛАСИЕ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ КЛИЕНТОМ И ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ

Фамилия и имя клиента: _____

Название агентства: _____

Адрес агентства: _____

Я даю согласие на вступление во взаимоотношения «клиент–поставщик услуг». Я разрешаю сотрудникам Министерства здравоохранения и их представителям на предоставление стандартного медицинского обслуживания. Я понимаю, что стандартное медицинское обслуживание является конфиденциальным и добровольным и может предусматривать визиты в медицинские учреждения, включающие сбор медицинского анамнеза, оценку, проведение обследования, прием лекарственных препаратов, выполнение лабораторных анализов и (или) несложных процедур. Я могу прекратить эти взаимоотношения в любое время.

_____ Поставив свои инициалы в этой строке, я подтверждаю, что мне был предоставлен Информационный листок, касающийся информированного согласия на использование телемедицины, и что я даю согласие на предоставление некоторых услуг посредством телемедицины. Я могу отозвать свое согласие в любое время, прекратив использование услуг телемедицины, и это не повлияет на мое право на получение медицинского обслуживания или лечения в будущем.

ЧАСТЬ II. РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СОГЛАСИЯ (только для целей лечения, проведения оплаты или осуществления деятельности в области здравоохранения)

Я даю согласие на использование и раскрытие моей медицинской информации, включая медицинскую, стоматологическую, информацию о ВИЧ/СПИДе, ЗППП, туберкулезе, профилактику злоупотребления психоактивными веществами, психиатрические/психологические, социальные и поведенческие факторы здоровья, а также ведение случаев, для лечения, оплаты и оказания медицинской помощи. Кроме того, я даю согласие на передачу моей медицинской информации для Обмена медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE), что позволяет доступ к ней участвующим кабинетам врачей, больницам, координаторам медицинских услуг, лабораториям, радиологическим центрам и другим поставщикам медицинских услуг с помощью безопасных электронных средств. Если Вы решите не передавать свою информацию в HIE, Вы можете отказаться от такой передачи, запросив и подписав форму отказа от участия в HIE.

ЧАСТЬ III. СЕРТИФИКАЦИЯ, РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ И ЗАПРОС НА ОПЛАТУ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПРОГРАММЫ MEDICARE (МЕДИКЕР) (применимо только к клиентам Medicare)

В качестве клиента/представителя, поставившего свою подпись ниже, я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявления на оплату в соответствии с Разделом XVIII Закона о социальном обеспечении, является правильной. Я разрешаю вышеуказанному агентству передавать мою медицинскую информацию Администрации социального обеспечения или ее посредникам/операторам в рамках этого или связанного заявления по программе Medicare. Я прошу выполнить оплату утвержденных компенсаций от моего имени. Я возлагаю выплату компенсаций за услуги врача на вышеупомянутое агентство и уполномочиваю его подать заявку на оплату в Medicare.

ЧАСТЬ IV. НАЗНАЧЕНИЕ ВЫПЛАТ (применимо только к сторонним плательщикам)

В качестве клиента/представителя, поставившего свою подпись ниже, я переуступаю вышеуказанному агентству все выплаты, предусмотренные любым планом медицинского обслуживания или полисом медицинского страхования. Сумма таких выплат не должна превышать медицинские расходы, установленные утвержденным тарифом вознаграждений за предоставление услуг. Все платежи в соответствии с настоящим пунктом должны осуществляться вышеуказанному агентству. Я несу личную ответственность за расходы, не покрываемые этим назначением.

ЧАСТЬ V. СБОР, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

(Данное уведомление предоставлено в соответствии с Разделом 119.071(5)(а), Свода законов штата Флорида.)
Для программ здравоохранения Министерство здравоохранения штата Флорида может получать Ваш номер социального страхования с целью идентификации и выставления счетов, как разрешено в подразделах 119.071(5)(а)2.а. и 119.071(5)(а)6. Свода законов штата Флорида. Своей подписью ниже я даю согласие на сбор, использование или раскрытие моего номера социального страхования только с целью идентификации и выставления счетов. Он не будет использоваться ни для каких других целей. Я понимаю, что получение номеров социального страхования Министерством здравоохранения штата Флорида является обязательным условием для выполнения обязанностей и полномочий, предусмотренных законом.

ЧАСТЬ VI. МОЯ ПОДПИСЬ НИЖЕ ПОДТВЕРЖДАЕТ ВЫШЕУКАЗАННУЮ ИНФОРМАЦИЮ И ПОЛУЧЕНИЕ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРАВЕ НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Подпись клиента/представителя

Собственные взаимоотношения или
взаимоотношения представителя с клиентом

Дата

Свидетель (необязательно)

Дата

ЧАСТИ VII. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

Я, _____ ОТЗЫВАЮ ДАННОЕ СОГЛАСИЕ, вступающее в силу

Подпись клиента/представителя

Дата

For Office Use Only – Print or Use Label

Client Name: _____

MRN: _____

DOB: _____