COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Округ Лос-Анджелес Общественное здравоохранение

Инструкции по заполнению формы согласия SAPC на использование информации в ходе судебного или иного правового разбирательства

Цель данной формы — получение письменного разрешения на передачу и обмен информацией о состоянии вашего здоровья (включая сведения, защищаемые согласно требованиям части 2 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (**42 CFR Part 2**), касающимся расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ) для использования в рамках уголовного, гражданского, законодательного или административного разбирательства; действие согласия ограничивается конкретным разбирательством, указанным в данной форме. В отношении сведений о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, цель согласия и раскрытия информации должна быть четко определена и соответствовать требованиям части 2 раздела **42 CFR**, а также всем применимым федеральным законам и законам штата. Предоставление разрешения является добровольным; вы вправе отказаться от его подписания.

Пожалуйста, ознакомьтесь с приведенными ниже инструкциями.

Внимательно изучите каждый раздел

Форма содержит несколько разделов, в которых описывается:

- **Какая информация** может быть передана
- **Кто** может передавать и получать информацию
- **Цель** передачи информации
- **Срок действия** разрешения
- **Ваше право** отозвать разрешение или ограничить объем передаваемой информации

Пожалуйста, **внимательно прочитайте и изучите каждый раздел** перед подписанием.

Укажите, какая информация может быть передана.

Вы можете ограничить тип или объем передаваемой информации. Вы можете разрешить передачу:

- Полной медицинской карты (истории болезни), **или**
- Конкретных сведений, использование и раскрытие которых вы разрешаете

Кто может передавать и получать вашу информацию

Необходимо указать:

- Тип правового разбирательства, в рамках которого разрешается использование и раскрытие вашей информации
- Юридическое лицо (лица) или физическое лицо (лица), уполномоченные получать эту информацию
- Заполните отдельную форму согласия SAPC для каждого типа правового разбирательства

Если вы хотите, чтобы несколько организаций обменивались информацией друг с другом, укажите все участвующие стороны.

Ознакомьтесь со своими правами согласно HIPAA и разделу 2 части 42 Свода федеральных нормативных актов (42 CFR Part 2)

В данной форме изложены ваши права, предусмотренные федеральным законодательством и законодательством штата. Вы имеете право:

- **Отказаться от подписания** данного разрешения
- В любое время **отозвать** свое разрешение (в письменной форме или лично)

- **Получить копию** заполненной формы
- **Ограничить** объем передаваемой информации
- **Рассчитывать на защиту конфиденциальности,** включая ограничения на дальнейшее разглашение информации

Дополнительную информацию о ваших правах согласно HIPAA и 42 CFR Part 2 см. в разделе IV «Прочая важная информация» и разделе VI «Уведомление, прилагаемое к информации о раскрытии данных».

Срок действия разрешения

Срок действия данного согласия истекает через год после даты его подписания, если вы не укажете иную дату окончания срока действия в специально отведенном поле или не отзовете данное согласие.

Вы можете указать дату, наступающую ранее или позднее чем через год после даты подписания формы. Если вы не укажете дату окончания срока действия, поставщик услуг укажет дату, наступающую через год после даты подписания формы согласия.

Дополнительную информацию о правах, связанных с разрешением, см. в разделе IV «Прочая важная информация» и разделе VII «Отзыв согласия».

Отзыв разрешения

Вы можете отозвать свое разрешение в любое время, уведомив об этом лечащего специалиста или программу (в письменной форме или лично). Если согласие отзывается до истечения срока его действия, оно считается аннулированным. Отзыв не отменяет передачу информации, состоявшуюся до момента получения уведомления об отзыве.

Раздел, касающийся отзыва, должен быть подписан несовершеннолетним и родителем, опекуном или законным представителем в тех случаях, когда для консультирования или лечения несовершеннолетнего по поводу расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), требуется согласие родителя, опекуна или законного представителя. Родитель, опекун или законный представитель должен печатными буквами указать свои полные имя и фамилию, поставить подпись и дату в первой строке для подписи (в разделе V «Подпись клиента или законного представителя»), а также указать степень родства с клиентом или статус представителя в строке непосредственно под ней. Несовершеннолетний должен печатными буквами указать свои имя и фамилию и поставить подпись в поле для подписи первого свидетеля.

Дополнительную информацию о порядке отзыва разрешения см. в разделе IV «Другая важная информация» и разделе VII «Отзыв согласия».

Электронный обмен данными и безопасность

Все случаи раскрытия информации — в том числе в электронном виде — должны соответствовать:

- требованиям **HIPAA**
- **42 CFR, часть 2**
- Другие применимые **федеральные законы и законы штата, касающиеся конфиденциальности**

Подпишите и датируйте форму

Ваша подпись подтверждает, что:

- Вы **понимаете** информацию, содержащуюся в форме
- Вы р**азрешаете раскрытие указанной информации**
- Вы **понимаете свои права** в соответствии с HIPAA и 42 CFR, часть 2

Если вы подписываете документ в качестве **законного представителя,** вы должны указать свои полномочия. К числу таких полномочий относятся: статус опекуна (назначенного судом), исполнителя завещания, законного опекуна, родителя, лица, действующего на основании доверенности, и/или ближайшего родственника. Вам потребуется предоставить дополнительные документы, подтверждающие ваши полномочия или родственную связь.

Если вы выступаете в качестве свидетеля при подписании документа лицом, ставящим вместо подписи особый знак (например, «X»), пожалуйста, заполните соответствующий раздел, указав свои данные.

Форма согласия должна быть подписана несовершеннолетним **и** родителем, опекуном или законным представителем в тех случаях, когда для проведения консультаций или лечения несовершеннолетнего в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ (SUD), требуется согласие родителя, опекуна или законного представителя. Родитель, опекун или законный представитель должен печатными буквами указать свои полные ФИО, поставить подпись и дату в первой строке для подписи (в разделе V «Подпись клиента или законного представителя»), а также указать степень родства с клиентом или статус представителя в строке, расположенной непосредственно под первой строкой для подписи. Несовершеннолетний должен печатными буквами указать свое имя и поставить подпись в первом поле для подписи свидетеля.

Возврат заполненной формы

Верните подписанную форму поставщику услуг, программе или учреждению, ответственному за обработку вашего запроса. Вы можете запросить копию документа для своего архива.

Округ Лос-Анджелес Общественное здравоохранение

ПРОФИЛАКТИКА И КОНТРОЛЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

СОГЛАСИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННОЙ С РАССТРОЙСТВОМ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ, В СУДЕБНЫХ РАЗБИРАТЕЛЬСТВАХ

Цель согласия и раскрытия информации: Данная форма согласия разрешает использование и раскрытие защищенной информации о состоянии здоровья, связанной с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ (SUD), для использования в уголовном, гражданском, законодательном или административном разбирательстве и ограничивается указанным в данной форме согласия судебным разбирательством. Заполняя эту форму согласия на использование и раскрытие информации, вы даете согласие на раскрытие вашей защищенной информации о состоянии здоровья, связанной с SUD, для целей судебного разбирательства, как указано ниже.

Выберите тип судебного разбирательства, для которого вы разрешаете использование и раскрытие вашей информации о состоянии здоровья, связанной с SUD.

☐ Уголовное ☐ Гражданское ☐ Законодательное ☐ Административное

Если имеется, укажите дополнительную информацию (например, номер дела), относящуюся к судебному разбирательству, для которого вы разрешаете использование и раскрытие вашей информации о состоянии здоровья, связанной с SUD.

I. ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ
Имя (фамилия, имя и отчество):
Адрес электронной почты: Предоставляя свой адрес электронной почты, вы разрешаете SAPC и сети поставщиков услуг SAPC связываться с вами по электронной почте. Адрес:
II. Субъекты, уполномоченные обмениваться информацией о состоянии здоровья
Я даю разрешение моим текущим и предыдущим лечащим специалистам, входящим в сеть поставщиков услуг SAPC, передавать сторонним организациям или физическим лицам, указанным в данном разделе, защищаемую информацию о состоянии моего здоровья (в связи с лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ) для целей вышеуказанного судебного разбирательства. Укажите соответствующие организации или физических лиц в отведенных для этого полях ниже. Если места недостаточно, воспользуйтесь документом «Дополнительный список лиц/организаций, уполномоченных на получение информации» (Supplemental Authorized Individuals/Entities for ROI), чтобы перечислить дополнительных получателей, и приложите этот документ к данной форме согласия.

Наименование организации: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Эл. почта: _____ Веб-сайт: _____

Наименование организации: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Эл. почта: _____ Веб-сайт: _____

Наименование организации: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Эл. почта: _____ Веб-сайт: _____

III. ОБЪЕМ РАСКРЫВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я уполномочиваю организации, указанные в Разделе II, передавать указанную ниже защищаемую медицинскую информацию.

Выберите один из приведенных ниже вариантов.

☐ Вся моя медицинская документация

☐ Иное: _____

Укажите информацию, использование и раскрытие которой вы разрешаете.

IV. ИНАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Подписывая настоящую форму согласия, я понимаю, что:

- **Срок действия согласия** — настоящая форма согласия утрачивает силу через один год с даты ее подписания, если в строке ниже не указан иной срок действия или если согласие не было отозвано.

Настоящим я устанавливаю дату истечения срока действия данного Согласия:

_____ / _____ / _____

Месяц День Год

- Сведения о моем лечении от алкогольной и/или наркотической зависимости защищены федеральными нормативными актами, регулирующими конфиденциальность данных пациентов, проходящих лечение от зависимости (42 C.F.R., часть 2), а также Законом о передаче и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA) (45 C.F.R., части 160 и 164); эти сведения не подлежат разглашению без моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных данными нормативными актами.
- Настоящее Согласие является добровольным; подписание данной формы не требуется для получения лечения, доступа к услугам или оплаты медицинского обслуживания.
- Я имею право получить копию данной формы Согласия. Копия этой формы имеет такую же юридическую силу, как и оригинал.
- **Ограничения на повторное раскрытие информации**: раскрытая информация не может быть передана третьим лицам для использования в гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательствах в отношении клиента без оформления дополнительного согласия, предназначенного исключительно для этой цели, в соответствии с требованиями 42 C.F.R., часть 2.
- Я имею право отозвать настоящее Согласие в любое время (в письменной форме или лично обратившись к специалисту, занимающемуся лечением моей зависимости), за исключением случаев, когда специалист или иное лицо, законно владеющее информацией, уже предприняли действия, опираясь на данное Согласие. Для письменного аннулирования Согласия я могу воспользоваться разделом «Отзыв согласия» в данной форме. После получения уведомления об отзыве согласия специалист или организация SAPC аннулируют разрешение на дальнейшее раскрытие информации. Я понимаю, что информацию, раскрытую до момента отзыва данного Согласия, невозможно отозвать, а организации, получившие эти сведения, не обязаны их возвращать или уничтожать.

V. ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что ознакомился(-ась) с формой согласия и понимаю, что моя подпись разрешает раскрытие информации о состоянии моего здоровья в порядке, описанном в данной форме. Я понимаю, что подписание этой формы является добровольным и я имею право отказаться от ее подписания.

Имя и подпись клиента или законного представителя клиента:

Если клиент не может писать, он может поставить отметку в строке для подписи. Подписание путем проставления отметки требует присутствия двух свидетелей. Один свидетель должен написать имя клиента в строке, предназначенной для имени клиента, написать свое имя в строке «Печатное имя свидетеля» и поставить подпись в отведенном для свидетеля месте ниже. Второй свидетель должен написать свое имя во второй строке «Печатное имя свидетеля» и поставить подпись во втором месте для свидетеля, чтобы подтвердить подпись клиента, выполненную в виде отметки.

_____ _____ _____ /_____ /_____

Печатное имя (Имя, Отчество, Фамилия) Подпись Месяц День Год

Если документ подписан законным представителем клиента, укажите степень родства и полномочия на подписание:

_____

Имена и подписи свидетелей:

Если клиент не может писать и поставил отметку вместо подписи (см. выше), два свидетеля должны заполнить раздел для свидетелей, указав свои имена и поставив подписи ниже.

1. _____
Печатное имя свидетеля (Имя, Отчество, Фамилия)

_____
Подпись

2. _____
Печатное имя свидетеля (Имя, Отчество, Фамилия)

_____
Подпись

VI. УВЕДОМЛЕНИЕ, ПРИЛАГАЕМОЕ К РАСКРЫТИЮ ИНФОРМАЦИИ

Данная запись, предоставленная вам, защищена федеральными правилами конфиденциальности **(**42 CFR part 2**)).** Эти правила запрещают вам использовать или разглашать данную запись (а также давать показания, описывающие содержащуюся в ней информацию) в ходе любых гражданских, уголовных, административных или законодательных разбирательств, инициированных федеральными, штатными или местными органами власти против пациента, за исключением случаев, когда на это получено согласие пациента, либо случаев, предусмотренных пунктом 42 CFR 2.12(c)(5)**,** или случаев, санкционированных судом в соответствии с пунктами 42 CFR 2.64 или 2.65**..** Кроме того, федеральные правила запрещают любое иное использование или разглашение данной записи, если не выполняется хотя бы одно из следующих условий:

i. Дальнейшее использование или разглашение прямо разрешено письменным согласием лица, информация о котором содержится в данной записи, либо иным образом разрешено правилами 42 CFR part 2.
ii. Вы являетесь «субъектом, на который распространяется действие правил» (covered entity), или «деловым партнером» (business associate) и получили запись для целей лечения, оплаты услуг или обеспечения деятельности в сфере здравоохранения; или
iii. Вы получили запись от субъекта, на которого распространяется действие правил, или от делового партнера в порядке, разрешенном правилами 45 CFR part 164, подчасти A и E.

Общего разрешения на предоставление медицинской или иной информации НЕДОСТАТОЧНО для соблюдения требований, предъявляемых к письменному согласию на дальнейшее использование или повторное разглашение записи **(см.** 42 CFR 2.31**).**

VII. ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ

Я имею право в любой момент отозвать данное Согласие, заполнив этот раздел и передав уведомление об отзыве Согласия (лично или по почте) специалисту или организации, оказывающим мне помощь в связи с употреблением психоактивных веществ; исключение составляют случаи, когда специалист или иное уполномоченное лицо уже совершили действия, опираясь на данное Согласие.

Адрес организации, оказывающей услуги по лечению/реабилитации в связи с употреблением психоактивных веществ:

Название организации: _____
Улица, дом (строка 1): _____
Улица, дом (строка 2: квартира/офис/помещение): _____
Город, штат и почтовый индекс: _____

После получения уведомления об отзыве Согласия специалист аннулирует Согласие на передачу информации в будущем. Информацию, переданную до момента получения уведомления об отзыве, отозвать или вернуть невозможно.

Подписывая данный документ, я отзываю свое Согласие на передачу информации в будущем. Я понимаю, что любые действия по передаче информации, совершенные до получения данного уведомления об отзыве, не могут быть отменены или аннулированы.

Имя и подпись клиента или его законного представителя:

Если клиент не может писать, он вправе поставить на строке для подписи какой-либо знак (метку). Подписание путем проставления знака требует присутствия двух свидетелей. Первый свидетель должен написать имя клиента на строке, предназначенной для имени клиента, указать свое имя на одной из строк с пометкой «Имя свидетеля (печатными буквами)» и поставить подпись в отведенном для свидетеля месте ниже. Второй свидетель должен указать свое имя на второй строке с пометкой «Имя свидетеля (печатными буквами)» и поставить подпись в соответствующем месте, подтверждая факт подписания клиентом документа путем проставления знака.

_____ _____ _____ /_____ /_____
Печатное имя (Имя, Отчество, Фамилия) Подпись Месяц День Год

Если документ подписан законным представителем клиента, укажите степень родства и полномочия на подписание:

Имена и подписи свидетелей:
Если клиент не может писать и в качестве подписи выше поставил(а) отметку, раздел для свидетелей должны заполнить два свидетеля, указав свои имена и поставив подписи ниже**.**

1. _____
Печатное имя свидетеля (Имя, Отчество, Фамилия)

_____
Подпись

2. _____
Печатное имя свидетеля (Имя, Отчество, Фамилия)

_____
Подпись

Клиенты, ранее подавшие в SAPC форму согласия на раскрытие информации, могут направить заполненную форму отзыва согласия по защищенной электронной почте или обычной почтой по указанному ниже адресу. Для подтверждения правомерности запроса необходимо приложить копию официального удостоверения личности государственного образца.

Почтовый адрес SAPC
Substance Abuse Prevention and Control (SAPC)
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Адрес электронной почты:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Обратите внимание: запросы об отзыве согласия, поступившие в SAPC от клиентов, которые не оформляли форму согласия на раскрытие информации непосредственно в SAPC, а также запросы, поданные без копии действительного удостоверения личности государственного образца, рассматриваться не будут.

Округ Лос-Анджелес Общественное здравоохранение

Инструкция по заполнению формы SAPC «Согласие на использование информации в ходе судебного разбирательства»

Цель согласия и раскрытия информации (верхняя часть формы)

В этом разделе указывается **тип судебного разбирательства**, в рамках которого вы разрешаете использовать информацию о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD).

Шаг 1— Выберите тип(ы) судебного или иного правового разбирательства

Выберите категорию, соответствующую делу, в рамках которого будет использоваться информация о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (SUD). Для каждого типа разбирательства следует заполнять отдельную форму, поскольку клиент может по-разному определять условия раскрытия информации для различных дел.

Отметьте один из следующих пунктов:

- ☐ **Уголовное дело**
- ☐ **Гражданское дело**
- ☐ **Законодательный процесс**
- ☐ **Административное производство**

Шаг 2 — Укажите дополнительные сведения (при наличии)

В строке под пунктами для выбора укажите имеющуюся у вас идентифицирующую информацию, например:

- **Номер дела**
- **Отдел суда**
- **Номер дела в ведомстве**
- **Дата судебного заседания**
- **Имя следователя или адвоката**

Если у вас нет этой информации, поле можно оставить пустым.

Раздел I — Сведения о клиенте

Укажите свои личные данные, чтобы SAPC и медицинские специалисты могли правильно идентифицировать вашу запись.

1. **Имя:** Укажите полное официальное имя (фамилия, имя, отчество).
2. **Дата рождения:** Укажите в формате ММ/ДД/ГГГГ.
3. **Номер Medi-Cal:** Введите номер Medi-Cal, если он у вас есть.
4. **Адрес электронной почты:** Укажите адрес, который вы регулярно проверяете.
5. **Номер телефона:** Номер, по которому с вами лучше всего связаться.
6. **Последние 4 цифры SSN:** Введите только последние четыре цифры вашего номера социального страхования (SSN). Если у вас нет SSN или вы не знаете его, оставьте поле пустым.
7. **Адрес:** Ваш текущий почтовый адрес.
8. **Номер Sage ID:** Укажите номер вашей медицинской карты в системе Sage EHR (если он известен). Если номер неизвестен, оставьте поле пустым или уточните его у медицинского специалиста.

Раздел II — Организации, уполномоченные получать информацию о состоянии здоровья

В этом разделе указывается, **кто может получить информацию о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), в рамках выбранного вами судебного разбирательства.**

Шаг 1 — Ознакомьтесь с текстом разрешения

В нем разъясняется, что текущие и предыдущие специалисты SAPC, занимающиеся вашим лечением, могут передавать информацию о лечении SUD указанным вами организациям.

Шаг 2 — Перечислите все организации или отдельных лиц

Для каждой стороны, участвующей в вашем деле, укажите:

- **Название организации** (например, «Высший суд Лос-Анджелеса» [Los Angeles Superior Court], «Служба пробации» [Probation Department], «Адвокат Джон Смит» [Attorney John Smith], «Координатор по судебным вопросам DMH» [DMH Court Liaison])
- **Адрес** (полный почтовый адрес)
- **Номер телефона** (с кодом города/региона)
- **Номер факса** (если известен)
- **Адрес электронной** почты (если известен)
- **Веб-сайт** (необязательно)

Шаг 3 — Добавьте дополнительные страницы при необходимости

Если организаций или лиц больше трех, заполните документ «Дополнительный список уполномоченных лиц/организаций для раскрытия медицинской информации» **(Supplemental Authorized Individuals/Entities for ROI),** чтобы перечислить их, и приложите этот документ к данной форме согласия.

Раздел III — Объем раскрываемой информации

В этом разделе определяется**, какая информация** может быть использована или раскрыта.

Шаг 1 — Выберите один из вариантов

- ☐ **Вся моя медицинская документация** (выберите этот вариант, если хотите, чтобы для целей судебного разбирательства была доступна полная информация о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ).

- ☐ **Другое** (выберите этот вариант, если хотите ограничить объем передаваемой информации).

Шаг 2 — Если выбран вариант «Другое», укажите, что именно может быть раскрыто

Формулируйте информацию максимально точно, чтобы медицинские специалисты понимали, какие сведения разрешено передавать.

Примеры:

- «Только даты лечения»
- «Только результаты оценки состояния и диагноз»
- «Список принимаемых препаратов»
- «Подтверждение участия в программе»
- «Только отчеты о ходе лечения»

Раздел IV — Прочая важная информация

В этом разделе ничего писать не нужно. Внимательно прочитайте каждый подраздел.

- **Срок действия:** Данная форма согласия действительна в течение одного года с даты подписания, если не указан иной срок действия или если согласие не было отозвано. Укажите дату в отведенном поле, если хотите, чтобы срок действия согласия истек раньше или позже, чем через год после подписания. Если вы не укажете дату окончания срока действия, поставщик услуг проставит дату, наступающую через год после подписания формы.

- **Защита данных:** Ваши записи защищены федеральными законами (42 CFR, часть 2, и HIPAA).
- **Право не подписывать:** Вы можете отказаться от подписания, но в этом случае ваши записи не будут переданы.
- **Право на получение копии**: Вы можете запросить копию подписанного согласия.
- **Правовая защита:** Ваша информация не может быть использована в судебных разбирательствах без отдельного согласия.
- **Право на отзыв:** Вы можете отозвать данное согласие в любое время. Информацию, которая уже была передана, отозвать невозможно.

Раздел V — Подпись клиента или законного представителя

Здесь вы официально разрешаете передачу информации.

1. **Имя (печатными буквами):** Ваше полное официальное имя.
2. **Подпись:** Поставьте свою подпись.
   A. Если вы не можете писать, вы можете поставить вместо подписи условный знак (например, «X»).
   B. При подписании условным знаком два свидетеля должны заполнить соответствующий раздел.
3. **Дата**: Укажите дату подписания.
4. **Если подписывает законный представитель:**
   A. Укажите характер отношений (например, родитель, опекун и т. д.).
   B. Укажите основание полномочий (например, постановление суда, решение об установлении опеки и т. д.).
5. **Раздел для свидетелей (заполняется только в том случае, если клиент ставит условный знак вместо подписи, либо если клиент является несовершеннолетним и требуется согласие родителя/опекуна или законного представителя).**

Два свидетеля должны:

- Разборчиво написать свои имена (печатными буквами).
- Поставить свои подписи.

Если документ подписывает законный представитель, он должен указать характер отношений с клиентом и основание своих полномочий**. Если клиент ставит условный знак вместо подписи**, два свидетеля должны написать свои имена (печатными буквами) и поставить подписи.

Форма согласия должна быть подписана несовершеннолетним **и** его родителем, опекуном или законным представителем, если для консультирования или лечения несовершеннолетнего, страдающего от зависимости от психоактивных веществ, требуется согласие родителя, опекуна или законного представителя. Родитель, опекун или законный представитель должен указать свое полное имя, подпись и дату на первой строке для подписи в разделе V «Подпись клиента или законного представителя» и указать свою степень родства с клиентом на строке ниже первой строки для подписи. Несовершеннолетний должен указать свое имя и подпись в первом поле для подписи свидетеля.

Раздел VI — Уведомление, прилагаемое к раскрытию информации

Ниже приведено обязательное уведомление о конфиденциальности в соответствии с требованиями раздела 42 Свода федеральных правил (CFR), часть 2; оно будет прилагаться к передаваемой информации. В этом разделе ничего заполнять не нужно. Данное «Уведомление, прилагаемое к раскрываемой информации» информирует получателя о том, что передаваемые записи защищены законами штата и федеральным законодательством о конфиденциальности и не подлежат передаче другим организациям, не указанным в настоящей форме согласия.

Раздел VII — Отзыв согласия

Заполняйте этот раздел **только в том случае, если вы хотите отозвать свое согласие (т. е. в будущем).**

Шаг 1 — Информация о поставщике медицинских услуг

Укажите данные лечащего специалиста или организации:

- **Название организации**
- **Полный почтовый адрес**

Шаг 2 — Подпись при отзыве согласия

- **Укажите свое имя (печатными буквами).**
- **Поставьте подпись (или проставьте отметку).**
- **Укажите дату отзыва согласия (ММ/ДД/ГГГГ).**
- Если подпись ставит **законный представитель, укажите степень родства и полномочия действовать от имени пациента.**
- При подаче документов непосредственно в SAPC **приложите копию документа, удостоверяющего личность** (выданного государственным органом), для подтверждения вашей личности.

Шаг 3 — Свидетели (если подпись проставляется в виде отметки или если клиент является несовершеннолетним и требуется согласие родителя/опекуна либо законного представителя). Два свидетеля (или несовершеннолетний) должны указать свои имена (печатными буквами) и поставить подписи

Шаг 4 — Подача заявления об отзыве согласия

Если вы изначально подавали согласие непосредственно в SAPC, вы можете направить заявление об отзыве:

- **По защищенному каналу электронной почты** на адрес SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (необходимо приложить копию документа, удостоверяющего личность, выданного государственным органом)
- **По почте** на адрес SAPC, указанный в форме

Пожалуйста, направляйте заявления об отзыве своему поставщику услуг, в организацию или в SAPC, следуя инструкциям, приведенным в форме.

Дополнительные определения

Авторизация / Согласие
Письменный документ с подписью, отвечающий всем требованиям раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR), часть 2, включая:

- Цель раскрытия информации
- Лицо, имеющее право раскрывать информацию
- Лицо, имеющее право получать информацию
- Перечень информации, подлежащей передаче
- Срок действия
- Подпись и дата

Каждая форма SAPC для раскрытия информации (ROI) разработана с учетом этих требований для конкретной цели.

Координация медицинской помощи
Обмен информацией и взаимодействие между поставщиками услуг для обеспечения лечения клиента, направления к специалистам, ведения случая и непрерывности оказания помощи.

Клиент
Лицо, получающее услуги в связи с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ (SUD). Клиент — это лицо, чья защищаемая медицинская информация (PHI) может быть передана после подписания им формы ROI.

Организация (субъект)
Любая организация, учреждение, поставщик услуг, суд, адвокат или частное лицо, уполномоченные получать или раскрывать информацию, касающуюся расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (SUD). Примеры: поставщики услуг SAPC, DHCS (Департамент здравоохранения штата Калифорния), планы управляемого медицинского обслуживания (Managed Care Plans), суды, службы пробации, поставщики первичной медико-санитарной помощи.

Судебное разбирательство
Любой уголовный, гражданский, административный или законодательный процесс, в ходе которого информация о расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ (SUD), может быть затребована или использована

против клиента. Примеры: судебные слушания, пробация, дела, связанные с защитой прав детей, слушания по вопросам назначения пособий социального обеспечения.

Законный представитель
Лицо, юридически уполномоченное принимать решения от имени клиента. Примеры:
•Назначенный судом опекун
• Законный опекун
• Родитель несовершеннолетнего. Они могут подписать соглашение о предоставлении информации только при наличии документально подтвержденных законных полномочий.

Стандарт минимально необходимой информации
В соответствии с определениями HIPAA, допускается передача минимального объема информации, необходимого для достижения цели согласия.

Платежи и операции в сфере здравоохранения
Административные действия, необходимые для выставления счетов, оплаты или управления услугами по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включая:

• Выставление счетов Medi-Cal
• Проверка соответствия критериям
• Анализ использования ресурсов
• Улучшение качества
• Аудиты и проверки на соответствие требованиям

Повторное раскрытие информации
Любое распространение информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, после первоначального раскрытия. В соответствии с 42 CFR Часть 2, повторное раскрытие информации разрешено, за исключением судебных разбирательств.

Отзыв согласия
Клиент имеет право отозвать свое согласие в любое время. Отзыв согласия не отменяет ранее сделанные раскрытия информации, когда согласие еще действовало. Отзыв должен быть оформлен в письменной форме или заполнен с использованием раздела отзыва в форме соглашения о предоставлении информации.

Плательщик третьей стороны
Любая организация, ответственная за оплату или возмещение расходов на услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ, помимо самого клиента. Примеры: Medi-Cal, DHCS, планы управляемого медицинского обслуживания, частное страхование.

Лечащий врач / Сеть поставщиков услуг SAPC
Любая программа лечения зависимости от психоактивных веществ, заключившая договор с LA County SAPC, включая амбулаторные, стационарные, программы заместительной терапии, программы управления абстинентным синдромом и программы поддержки выздоровления.

Свидетель
Лицо, которое наблюдает за тем, как клиент подписывает соглашение о предоставлении информации (если клиент не может написать подпись). Для того чтобы подпись считалась действительной, необходимо присутствие двух (2) свидетелей, которые должны написать свои имена печатными буквами.