Инициалы клиента: _____ Дата: _____ / _____ / _____

ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА СО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ/ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ РАСКРЫВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ О РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Назначение документа: Настоящая форма является необязательной (заполняется по желанию) и должна использоваться только для того, чтобы уполномочить дополнительных физических или юридических лиц на раскрытие Вашей защищенной медицинской информации о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD). Эти полномочия распространяются также на те юридические лица, которые уже указаны в прилагаемой форме согласия на раскрытие медицинской информации (ROI), в соответствии с правилами раздела 42 Свода федеральных нормативных актов США (42 CFR Part 2). Цели, ограничения и условия, описанные в прилагаемой форме ROI, применяются к настоящему документу, включая дату вступления в силу, дату или условия истечения срока действия, а также дату отзыва. Настоящая форма должна быть заполнена и приложена к соответствующей форме ROI непосредственно в момент подписания самой формы ROI. Настоящую форму нельзя добавить к существующей форме ROI или использовать вместе с ней.

Пожалуйста, укажите ниже, в какую именно форму ROI Вы добавляете уполномоченных физических лиц или юридических лиц:

☐ SAPC Координация лечения и ухода ROI **ИЛИ** ☐ SAPC судебное разбирательство ROI

I. ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

ФИО (Фамилия, имя и отчество):	Дата рождения:	Номер Medi-Cal:	Номер Sage ID:

II. ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, УПОЛНОМОЧЕННЫЕ РАСКРЫВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ

В полях, приведенных ниже, укажите контактные данные дополнительных физических лиц и/или юридических лиц, которых Вы уполномочиваете раскрывать Вашу защищенную медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD), как указано в форме ROI, к которой Вы прилагаете настоящую форму.

1. ФИО/Наименование юридического лица: _____

   Адрес: _____

   Номер телефона: _____ Факс: _____

   Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____

2. ФИО/Наименование юридического лица: _____

   Адрес: _____

   Номер телефона: _____ Факс: _____

   Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____

3. ФИО/Наименование юридического лица: _____

   Адрес: _____

   Номер телефона: _____ Факс: _____

   Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____

4. ФИО/Наименование юридического лица: _____

   Адрес: _____

   Номер телефона: _____ Факс: _____

   Адрес электронной почты: _____ Веб-сайт: _____