

ФОРМА ЗАПРОСА НА ПРОВЕРКУ, КОПИРОВАНИЕ И ПЕРЕДАЧУ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

В данном уведомлении описывается, как вы можете подать запрос на пересмотр, проверку, копирование и передачу вашей медицинской информации, которой мы располагаем. Пожалуйста, прочтите его внимательно и заполните все страницы. После заполнения направьте форму по адресу, указанному вверху страницы.

ЧАСТЬ А: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

Имя участника:		
Адрес участника:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Дата рождения:	Идентификационный номер участника:	Телефон:

ЧАСТЬ В: ВИД ИНФОРМАЦИИ

<input type="checkbox"/> Документы Отдела по управлению медицинским обслуживанием	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Жалобы	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Форма регистрации	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Запросы на получение медицинского разрешения	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Уведомление о предпринятом действии	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Претензии в отношении аптеки	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Запросы на предварительное разрешение аптеки	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Заявления о проведении слушания на уровне штата	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Другие (пожалуйста, укажите)	Дата(ы)
<input type="checkbox"/> Резюме вышеупомянутой информации	Дата(ы)



ЧАСТЬ C: ФОРМА/ФОРМАТ

- В бумажном виде
- Файл в электронном виде
- Другой (пожалуйста, укажите)

Если L.A. Care не сможет быстро подготовить информацию в запрашиваемой вами форме или формате, информация будет предоставлена в виде удобочитаемого напечатанного документа или в другой форме/формате, на использование которой(ого) вы дадите свое согласие.

ЧАСТЬ D: СПОСОБ ДОСТАВКИ

- Изучение в офисах L.A. Care
- Получение в офисах L.A. Care
- Отправка почтой по адресу участника, указанному в настоящем документе
- Отправка почтой по другому адресу и/или другому лицу (пожалуйста, укажите):

Имя:

Адрес:

Город/Штат/Почтовый индекс:

ЧАСТЬ E: ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Я понимаю, что мне, возможно, придется заплатить за копии Конфиденциальной медицинской информации. Я понимаю, что вы позвоните мне, чтобы сообщить, сколько я должен(должна) заплатить за копии.

Если я попрошу предоставить мне краткое описание, я понимаю, что мне, возможно, придется заплатить за его подготовку. В эти расходы может быть включено время и средства, выделенные на подготовку краткого описания. Если я попрошу отправить мне краткое описание по почте, мне, возможно, также придется понести и почтовые расходы. Я понимаю, что вы позвоните мне, чтобы сообщить, сколько я должен(должна) заплатить за подготовку краткого описания.



Вернуть: Privacy Officer
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
(888) 452-2273
privacyofficer@lacare.org

ЧАСТЬ F: ПОДПИСЬ

Дата

Подпись участника или личного представителя:

При подписании представителем, укажите, кем приходится данное лицо участнику:

L.A. CARE USE ONLY

Date Received/Filled Out:

If Completed by L.A. Care Staff (staff may not complete form if records will be sent to another person):

Staff Member Name:

Staff Member Extension:

Date Information Released:

Staff Name: