First Flight Health Centers™

Alex Central	Chambersburg	Charles Drew
937-247-0304	937-963-9505	937-461-4336
Corwin Nixon	East Dayton	
937-228-0990	937-528-6850	

Разрешение на раскрытие информации

ВАЖНО: За этот запрос может взиматься плата. Обработка запроса может занимать 5 рабочих дней. Форма должна соответствовать требованиям HIPAA, и запрос не будет обрабатываться, если форма им не соответствует.

Настоящим я даю свое разрешение на раскрытие или просмотр следующей информации, касающейся моего медицинского обслуживания.

Врач/медицинский центр, уполномоченный **раскрывать** информацию:
Имя, фамилия (название):_____
Адрес:_____
_____
Телефон/Факс:_____

Врач/медицинский центр/лицо, уполномоченные **получать** информацию:
Имя, фамилия (название):_____
Адрес:_____
_____
Телефон/Факс:_____

Для целей: ☐ Самостоятельное лечение/Передача медицинского ухода (может взиматься плата)
☐ Жалоба относительно продолжительности медицинского обслуживания/страхового покрытия лечения
☐ Юридический вопрос (укажите) _____ ☐ Другое (укажите) _____

Имя, фамилия пациента (включая предыдущие): _____

Дата рождения:_____ Телефон:_____

Адрес:_____ Кв. №:_____

Город/Штат/Почтовый индекс:_____

Формат: ☐ Электронная копия ☐ Бумажная копия
☐ Факс ☐ Получение лично ☐ Почтовое отправление ☐ Шифрованная электронная почта:_____

Раскрываемая информация:

☐ **Медицинская:** **Дата(ы) получения услуг:**_____

☐ Список демографических данных
☐ Прививочная карта
☐ Выписки из карты
☐ Платежные документы
☐ Заключения консультаций
☐ Результаты лабораторного исследования
☐ Результаты рентгенологического исследования
☐ Результаты оказания неотложной помощи
☐ Выписки из истории болезни
☐ Другое (указать)_____

☐ **Стоматологическая:** **Дата(ы) получения услуг:**_____

☐ Амбулаторные карты ☐ Рентгенологические снимки ☐ Платежные документы

☐ **Психическое здоровье:** **Дата(ы) получения услуг:**_____

42 CFR (Свод федеральных нормативных актов), часть 2, запрещает несанкционированное раскрытие этих записей

☐ Записи психиатра ☐ Записи психотерапевта
☐ Результаты психиатрической диагностики ☐ Результаты диагностического обследования психического здоровья
☐ Другое (укажите)_____

Подпись:_____(**НЕОБХОДИМО** подписать для психического здоровья**)**

Я понимаю, что эта медицинская информация может включать данные, связанные с ВИЧ, и (или) данные, касающиеся диагностики или лечения психических расстройств, и что, подписываясь ниже, я даю разрешение на раскрытие этой информации. Я понимаю, что информация, получить которую я разрешаю физическому или юридическому лицу, может быть повторно раскрыта, если только это не информация, относящаяся к лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которая защищена частью 2 42 CFR, запрещающей повторное раскрытие. Я понимаю, что это разрешение добровольное, и я могу отказаться подписывать его. Мой отказ подписать не повлияет на мою возможность получить лечение. Я понимаю, что это разрешение может быть отозвано в любое время в письменной форме (см. Уведомление об обеспечении конфиденциальности). Это разрешение будет действовать в течение шестидесяти (60) дней после того, как я поставлю подпись и дату в приведенной ниже форме, если я не укажу более раннюю дату истечения срока действия в отведенном для этого месте:_____

_____ _____ _____
(Дата) **(Подпись пациента/опекуна/представителя)** (Свидетель)

Если поставленная выше подпись не принадлежит пациенту, укажите имя и фамилию печатными буквами:_____

☐ Несовершеннолетний ☐ HCPOA ☐ Душеприказчик ☐ Опека ☐ Умерший ☐ Другое (укажите)_____

ТОЛЬКО для использования в приемной врача

Копия ROI (раскрываемой информации) предоставлена пациенту: ☐ Да ☐ Нет Дата заполнения: _____

Примечание: _____

First Flight Health Centers™

МЕДИЦИНСКИЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя, фамилия пациента: _____ ДР: _____ Пол: ____ Имя, фамилия врача _____

Когда Вы последний раз проходили медосмотр? _____

У вас есть все необходимые на данный момент прививки? ☐ Да ☐ Нет

Вы сейчас находитесь под наблюдением врача? ☐ Да ☐ Нет

Если "да", то по какой причине? _____

Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства/капсулы/таблетки? ☐ Да ☐ Нет Перечислите: _____

_____

У вас есть аллергия (или нежелательная реакция) на перечисленные препараты?
☐ Пенициллин ☐ Кодеин ☐ Местные обезболивающие ☐ Аспирин ☐ Нет
☐ Другой ☐ Другой антибиотик Опишите: _____

У вас есть повышенная чувствительность к латексу или аллергия на него? (например, зуд, сыпь или свистящее дыхание после использования латексных перчаток или контакта с воздушным шариком)
☐ Да ☐ Нет Если да, объясните: _____

Были ли у Вас необычные или необъяснимые реакции во время хирургической операции? ☐ Да ☐ Нет
Если да, объясните: _____

У Вас есть или было ранее что-либо из нижеперечисленного: (Да или Нет)

Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет	
☐	☐	Аномальное артериальное давление	☐	☐	Эпилепсия	☐	☐	Остеопороз
☐	☐	Алкогольная зависимость	☐	☐	Обморок	☐	☐	Длительное кровотечение
☐	☐	Анемия	☐	☐	Глаукома	☐	☐	Эндопротезы
☐	☐	Анорексия	☐	☐	Нарушение слуха	☐	☐	Психиатрическое лечение
☐	☐	Артрит/ревматизм	☐	☐	Заболевание сердца/операция на сердце	☐	☐	Лучевая терапия
☐	☐	Искусственный клапан сердца	☐	☐	Шум в сердце	☐	☐	Удаление селезенки
☐	☐	Искусственный сустав	☐	☐	Кардиостимулятор	☐	☐	Ревматическая лихорадка
☐	☐	Астма	☐	☐	Гемофилия	☐	☐	Ревматический порок сердца
☐	☐	Булимия	☐	☐	Гепатиты ☐A ☐B ☐C	☐	☐	Серповидноклеточная анемия
☐	☐	Онкологическое заболевание	☐	☐	ВИЧ/СПИД	☐	☐	Синусит
☐	☐	Химическая зависимость	☐	☐	Заболевания почек	☐	☐	Инсульт
☐	☐	Химиотерапия	☐	☐	Нарушение обучаемости	☐	☐	Заболевания щитовидной железы
☐	☐	Врождённый порок сердца	☐	☐	Заболевание печени	☐	☐	Туберкулез
☐	☐	Лечение кортизоном	☐	☐	Заболевание легких	☐	☐	Новообразования
☐	☐	Диабет	☐	☐	Пролапс митрального клапана	☐	☐	Язвы
☐	☐	Употребление психоактивных веществ	☐	☐	Неврологические заболевания	☐	☐	Венерическое заболевание
☐	☐	Эмфизема	☐	☐	Пересадка органа	☐	☐	Вы сжимаете зубы или скрипите зубами
☐	☐	У Вас есть заболевание ВНЧС	☐	☐	У Вас частые головные боли	☐	☐	
☐	☐	У Вас были когда-либо продолжительные кровотечения после экстракции						

У Вас было какое-либо другое серьезное заболевание, госпитализация или несчастный случай? ☐ Да ☐ Нет

Если да, объясните: _____

Вы в настоящее время курите или пользуетесь нижеперечисленными табачными изделиями?
☐ Сигареты ☐ Сигары ☐ Трубка ☐ Жевательный табак ☐ Нет

Вы пользовались табачными изделиями в прошлом? ☐ Да ☐ Нет Если да, то насколько давно? _____

ЖЕНЩИНЫ: Вы беременны? ☐ Да ☐ Нет Вы кормите грудью? ☐ Да ☐ Нет

Пациент/родитель/опекун: _____ Дата: _____

Отношение к пациенту: _____

Стоматолог: _____ Дата: _____

First Flight Health Centers™

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Для разрешения другому лицу приводить Вашего ребенка на прием.

Мы должны получить разрешение от родителя или законного опекуна ребенка, **прежде чем** предоставить лечение в случае травмы или заболевания, которые не угрожают жизни. Данная форма дает нашему офису юридическое разрешение на лечение Вашего ребенка в случае, если Вы не можете его сопровождать на прием для получения услуг лечения. Если эта информация не будет представлена лицом, сопровождающим Вашего ребенка (няня, родственник, друг), мы свяжемся с родителем или законным опекуном ребенка, прежде чем лечить ребенка.

Имя, фамилия ребенка: _____

Дата рождения ребенка: _____

Я даю (*няня, родственник, друг*) **Имя, фамилия:** _____

Номер телефона: _____ разрешение давать согласие на лечение и получение соответствующих возрасту профилактических прививок в _____

_____
укажите название медицинского центра

Дата начала _____
(*Дата*)

- ☐ Только сегодня
- ☐ В течение 1 года начиная с сегодняшней даты
- ☐ Другое

Подпись родителя или законного опекуна: _____

Сегодняшняя дата: _____

*** Данная подписанная форма заменяет все предыдущие формы, вступая в силу с сегодняшней даты, указанной выше ***

Информация о ребенке:

Аллергии на лекарства или продукты питания: _____

Особые лекарственные препараты: _____

Другая важная медицинская информация: _____

First Flight Health Centers™

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ: заполните все разделы

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

Фамилия	Имя	Инициал среднего имени	Уменьшительное имя	Номер социального обеспечения	Дата рождения	Пол при рождении

АДРЕС ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ пациента или стороны, ответственной за оплату	Город	Штат	Почтовый индекс

Домашний телефон (_____)-_____-_____ Мобильный телефон (_____)-_____-_____ Другой (_____)-_____-_____

У FFHC есть мое разрешение оставлять на моих контактных телефонах, автоответчике или в голосовой почте мобильного телефона сообщение относительно моих медицинских потребностей. ____Да ____Нет _____Инициалы

Адрес электронной почты: **Отказываюсь предоставить** ☐

СТОРОНА, ОТВЕТСТВЕННАЯ ЗА ОПЛАТУ
(требуется для пациентов младше 18 лет или в тех случаях, когда поручителем является не пациент)

Фамилия	Имя	Инициал среднего имени	Номер социального обеспечения	Дата рождения	Кем приходится пациенту

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ (представьте администратору ВСЕ страховые карточки и удостоверение личности с фотографией):

	Держатель страхового полиса	Дата рождения	Действителен до	Полис №	Кем приходится пациенту
Основной страховой полис					
Дополнительный страховой полис					

СВЕДЕНИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ: Пожалуйста, ✓ всё, что ОТНОСИТСЯ К ПАЦИЕНТУ:

Раса: __белый __чернокожий/афроамериканец __азиат индиец __американский индеец/уроженец Аляски __уроженец Гавайев/тихоокеанских островов __китаец __филиппинец __гуамец/чаморро __японец __кореец __вьетнамец __самоанец __представитель другой азиатской народности __более одной расы

Этническая принадлежность: Вы латиноамериканского/испанского происхождения __ДА __НЕТ | __ мексиканец __ американец мексиканского происхождения __ чикано __ кубинец __ пуэрториканец

Предпочитаемый язык: __ Английский __ Испанский __ Французский __ Немецкий __ Русский __ Язык жестов __ Другой:_____

Семейное положение: __ Холостой __Состоит в браке __Вдовец/вдова __Раздельно проживающий по закону __В разводе __ В отношениях __Другое:_____

Если вы: __ Ветеран __ Курильщик | **Жилье**: __Совместная проживание __Временное жилье __Приют __Бездомный

Род занятий: __На пенсии __Нетрудоспособный __Неработающий __Учащийся __Отказываюсь отвечать __Трудоустроен (перечислите ниже, чем вы занимаетесь)
Если вы работаете, расскажите, чем вы занимаетесь: _____

Какие у вас есть **п**
редварительные распоряжения: __ Прижизненное волеизъявление __ Доверенность на принятие широкого круга решений
__ Никаких __Отказываюсь отвечать Если "да", укажите свое доверенное лицо и то, кем оно вам приходится _____

Законный опекун: **__** Да, полное имя_____ **__** Отсутствует

Доверенное лицо для принятия медицинских решений: **__** Да, полное имя_____ **__** Отсутствует

Ответственное за уход лицо: __ Отсутствует/Я сам(-а) __ Да Если да, кто это: _____ Кем приходится: _____

Я даю согласие сотрудникам FFHC обсуждать мою медицинскую информацию со следующими лицами:

_____	_____	_____
Полное имя	Кем приходится	Номер телефона
_____	_____	_____
Полное имя	Кем приходится	Номер телефона

Я понимаю, что FFHC не будет обсуждать мое медицинское обслуживание или платежную информацию с кем-либо, кто не указан в этом документе. Я понимаю, что это согласие заменяет собой любое другое согласие, которое могло быть подписано ранее. У меня есть право отозвать это согласие, уведомив об этом FFHC в письменной форме, за исключением случаев, когда FFHC уже предприняла действия, полагаясь на мое согласие.
Я понимаю, что обязан(-а) предоставить полные и точные сведения в этой форме. Я понимаю, что непредоставление правильной информации может повлечь за собой мою обязанность полностью оплачивать оказанные услуги.
Я понимаю предъявленные мне Правила и процедуры относительно неявки на прием и соглашаюсь с тем, что я обязан(-а) ее соблюдать.

_____	_____	_____
Полное имя пациента (печатными буквами)	Подпись пациента/стороны, ответственной за оплату	Дата

First Flight Health Centers™

I. ОБЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

A. Я, нижеподписавшийся(-аяся), являюсь пациентом (или должным образом уполномоченным представителем пациента) и настоящим добровольно соглашаюсь и

РАЗРЕШАЮ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ВКЛЮЧАЯ СЕСТРИНСКИЙ УХОД И ВСЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ИЛИ РЕКОМЕНДУЕМЫМИ, ПО МНЕНИЮ ВРАЧА И (ИЛИ) ЕГО (ЕЕ) ПОМОЩНИКОВ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ЛИЦ.

B. Я даю согласие на проведение диагностических анализов, включающих взятие крови, в случае, если сотрудник First Flight Health Centers (FFHC) подвергнется контакту с какой-либо жидкостью моего организма. Сюда входят анализы на ВИЧ/СПИД.

II. СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

A. Настоящим письменным разрешением я уполномочиваю FFHC предоставлять информацию из медицинской карты пациента своим агентам или любым страховым компаниям, перестраховщикам, медицинским учреждениям, агентствам социального обеспечения или любому медицинскому специалисту в целях финансовой помощи или непрерывности медицинского обслуживания.

B. Я не разрешаю раскрывать следующую информацию (перечислите любые исключения, например, информацию о лечении от наркомании или алкоголизма, лечении психических заболеваний, СПИДе, заболеваниях, связанных со СПИДом, анализах на ВИЧ или диагностике и лечении ВИЧ):

_____

C. Я уполномочиваю FFHC получать доступ к записям о лекарствах из моей аптеки в случае необходимости обеспечить непрерывность лечения.

III. СОГЛАСИЕ НА СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С HIPAA

A. Я даю согласие на то, чтобы First Flight Health Centers (FFHC) использовали и раскрывали мои защищенные медицинские данные для проведения лечения, оплаты или осуществления медицинской деятельности.

B. Я понимаю и мне было предоставлено Уведомление о процедурах обеспечения конфиденциальности, в котором содержится более полное описание способов возможного использования и раскрытия моих защищенных медицинских данных. Я понимаю, что у меня есть право ознакомиться с уведомлением до подписания настоящего согласия. Я понимаю, что FFHC оставляет за собой право вносить изменения в порядок уведомления и информирования и что я могу получить экземпляр уведомления с поправками, запросив его в медицинском центре.

C. Я понимаю, что содержание телефонных разговоров (входящих и исходящих) с FFHC может записываться в целях обеспечения качества и обучения.

D. Мы участвуем в одной или нескольких системах обмена медицинской информацией. Ваши поставщики медицинских услуг могут использовать эту электронную сеть для безопасного доступа к вашим медицинским записям, чтобы получить более полное представление о ваших медицинских потребностях. Мы и другие поставщики медицинских услуг можем разрешить доступ к вашей медицинской информации через систему обмена медицинской информацией в целях лечения, оплаты или другой деятельности в сфере здравоохранения. Это согласие является добровольным. Вы можете в любое время отозвать свое согласие, уведомив об этом Отдел медицинской документации (Medical Records Department) FFHC.

IV. СОГЛАСИЕ НА СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ С РАЗДЕЛОМ X

A. В случае получения услуг по охране репродуктивного здоровья и профилактических услуг в FFHC я понимаю, что такие услуги будут предоставляться с соблюдением конфиденциальности моих данных.

B. Я понимаю, что информация, полученная персоналом в отношении этих услуг, не может быть раскрыта без моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом, или если это необходимо для предоставления мне услуг с соблюдением надлежащих мер по защите конфиденциальности.

C. Я понимаю, что меня проинформируют о возможности раскрытия моей конфиденциальной медицинской информации держателю страхового полиса, если я им не являюсь.

Моя подпись или подпись моего уполномоченного представителя означает, что я прочитал(-а), понял(-а) и соглашаюсь с вышеуказанными условиями и предоставил(-а) точную информацию.

_____	_____	_____
Имя и фамилия пациента печатными буквами	Дата рождения пациента	Дата подписания

_____	_____	_____	_____
Подпись пациента, законного представителя или агента	Кем приходится	Подпись свидетеля	Дата

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

Как у пациента First Flight Health Centers у вас есть следующие права:

- На отношение с уважением, состраданием и вниманием, независимо от расы, пола или платежеспособности
- На квалифицированную медицинскую помощь
- На своевременное реагирование на запросы о медицинских услугах
- На знание имени и квалификации сотрудников, обеспечивающих лечение
- На конфиденциальность вашей медицинской и финансовой информации
- На принятие информированных решений относительно вашего лечения, включая право на отказ от лечения
- На запрос консультации
- На просмотр и получение копии вашей медицинской карты
- На запрос финансовой информации относительно вашего счета
- На назначение опекуна или доверенного лица (ДЛ), действующего от вашего имени
- На услуги переводчика

Как у пациента First Flight Health Centers у вас есть следующие обязанности:

- Поддерживать здоровые привычки
- Уважительно относиться ко всем врачам, практикующим медсестрам и сотрудникам обслуживающего персонала.
- Предоставлять полную и точную информацию врачу или практикующей медсестре.
- Предоставлять полный список всех лекарственных препаратов, которые вы принимаете в настоящий момент, включая их дозировку
- Придерживаться лечебных планов, в том числе надлежащим образом пользоваться рецептами
- Обращаться в приемную для назначения приема, когда вы в последний раз получаете лекарственный препарат по вашему рецепту
- Приходить вовремя на каждый прием и сообщать в приемную о невозможности прийти как минимум за 24 часа
- Приходить на все назначенные приемы для дополнительных анализов или консультаций врача
- Предоставлять нам актуальную и точную информацию о вашей страховой компании
- Уведомлять свою страховую компанию о любых изменениях, связанных с лечащим врачом
- Предоставлять нам копии всех страховых карт
- Заполнить заявку на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок и предоставить документацию о доходах домохозяйства
- Уведомлять нас о любых изменениях в вашем статусе дохода, поскольку это связано с вашим статусом в программе оплаты со скользящей шкалой скидок.
- Вносить все доплаты и номинальные сборы по программе оплаты со скользящей шкалой скидок во время обслуживания
- Ежегодно заполнять регистрационную форму пациента, заявку на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок и соответствующие сигнатуры.
- Уведомлять нас о любых изменениях в страховке, адресе, номере телефона, семейном положении

Я как пациент FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS соглашаюсь с вышеуказанными правами и обязанностями пациента.

_____ _____

Имя, фамилия пациента Дата

_____ _____

Подпись пациента или опекуна (если пациент — несовершеннолетний) Дата

FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS
ПРИВЕТСТВУЕМ ВАС В НАШЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Запись на прием: 937-461-6869 Пн–Пт 7:30 утра – 5:30 вечера

На все приемы записывайтесь по этому телефону.
Также звоните по нему, чтобы отменить или перенести прием.

First Flight Health Centers (FFHC) — некоммерческая организация, основанная в 2007 году для улучшения доступа к высококачественной и недорогой первичной медико-санитарной помощи в регионе. В настоящее время мы работаем в шести местах: Alex Central Health Center, Chambersburg Health Center, Charles Drew Health Center, Corwin Nixon Health Center и East Dayton Health Center.

Наша миссия — улучшать жизнь путем предоставления качественных первичных и профилактических медицинских услуг тем, кто в них нуждается, независимо от платежеспособности.

Для уверенности в том, что мы подаем документы на оплату оказанных вам услуг в правильную страховую компанию, мы просим вас предъявлять свою страховую карту и удостоверение личности с фотографией при каждом посещении. Если вы не уверены, какая карта правильная, принесите все карты, и наши сотрудники помогут вам. **Мы не принимаем требования Bureau of Workers Compensation.**

Всех пациентов просят заполнить заявку на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок. Это помогает нам определить, есть ли у вас право получить скидку на оплату, и соответствуете ли вы нашим рекомендациям по финансированию за счет федерального обеспечения.

Вам будет назначен врач или практикующая медсестра, которые станут вашими основными поставщиками медицинских услуг на каждом посещении центра. Наша цель — оказывать пациент-ориентированную медицинскую помощь (PCMH) для удовлетворения всех ваших медицинских потребностей, в том числе неотложных. Обращайтесь к нам в первую очередь при возникновении неотложных медицинских потребностей. Если назначенный вам поставщик медицинских услуг недоступен, в этот день о ваших потребностях может позаботиться другой наш поставщик. Для обращения к поставщику в нерабочее время позвоните в центр, и вам сообщат инструкции, как связаться с дежурным поставщиком.

Иногда в вашем лечении могут участвовать студенты-медики, проходящие у нас практику. Если вы предпочитаете, чтобы студенты не участвовали в вашем лечении, сообщите об этом нашему сотруднику.

Новые пациенты не могут запрашивать рецепты на учетные препараты при первом посещении центра, и рецепт на эти препараты не будет в обычном порядке возобновляться по телефону.

Наши медицинские специалисты не проводят лечение хронической боли, но могут направить вас к врачу, специализирующемуся на этих медицинских проблемах.

Когда вы придете на прием, точно проинформируйте помощника врача о причине вашего визита к врачу или практикующей медсестре и о том, рецепт на какие лекарственные препараты вам требуется продлить. Приносите с собой на прием все принимаемые лекарственные препараты. Когда вы заказываете по телефону возобновление рецепта, для завершения процедуры может потребоваться от двадцати четырех (24) до семидесяти двух (72) часов.

Спасибо за то, что вы выбираете FFHC. Мы с нетерпением ждем возможности стать вашим пациент-ориентированным медицинским центром.

FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS
Уведомление о процедурах обеспечения конфиденциальности

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТИМ ДАННЫМ. ТЩАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ.

В First Flight Health Centers (FFHC) для Вас будет заведена амбулаторная карта. В амбулаторной карте хранится информация о Вашем анамнезе, сделанных Вам анализах, проведенном Вам лечении и о Вашем ответе на него. Также у нас хранится платежная информация. По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность Ваших медицинских данных. Мы также обязаны вручить Вам это уведомление. Мы обязаны сообщить Вам, каким образом мы используем и раскрываем Ваши медицинские данные — в устной, письменной или электронной форме — и проинформировать Вас о Ваших правах. Мы попросим Вас поставить подпись для подтверждения, что Вы получили копию этого уведомления.

1. Использование и раскрытие Ваших медицинских данных

A. Ситуационные данные могут раскрываться без письменного согласия. Ваше согласие позволяет нам лечить Вас. Оно также позволяет нам раскрывать Ваши персональные данные в определенных ситуациях. Вот перечень ситуаций, в которых мы можем раскрывать Ваши данные.

Лечебные цели

- Другие лица, которым необходимо знать о Ваших проблемах со здоровьем для уверенности, что Вам предоставлено полное и безопасное лечение. Это могут быть другие врачи, медсестры, студенты-медики (или ординаторы, или практиканты), больницы, поставщики медицинского оборудования и т. д.
  - Например, в случае Вашей госпитализации мы можем поделиться с ними Вашими данными, чтобы способствовать Вашему лечению.
  - Если Вас направили к специалисту, мы можем передать часть Ваших данных, чтобы способствовать получению Вами более полного лечения.
- Когда Вы дадите согласие, некоторые данные будут переданы близким друзьям или членам семьи, помогающим Вам в лечении. Если Вы не способны дать согласие, мы сделаем то, что считаем наилучшим для Вас.

Оплата лечения

- Для получения нами оплаты за проведенное Вам лечение.
  - Например, данные могут быть переданы Вашей страховой компании Это может произойти после проведенного лечения. Это может произойти до проведения лечения, если страховая компания требует предварительного разрешения.
- Данные также могут быть переданы тому лицу, которое помогает Вам оплачивать лечение.

Задачи медицинского обслуживания

- Улучшение медицинского обслуживания наших пациентов. Например:
  - Для оценки проведенного Вам лечения и Вашего ответа на него.
  - Для помощи в повышении квалификации врачей или других медицинских работников.
  - Для анализа и улучшения проводимого нами лечения.
- Для удостоверения служб по надзору за здравоохранением в соблюдении нами правил таких программ, как Medicare и Medicaid.
- Для звонков или сообщений Вам с напоминанием о назначенном приеме у врача.
- Для информирования Вас о других доступных Вам процедурах и услугах.
- Для предоставления Вам маркетинговых материалов во время личного визита или информирования Вас о наших продуктах и услугах.
  - Вы можете отказаться от получения маркетинговых материалов или сбора средств.
  - Вы должны дать нам письменное разрешение на предоставление маркетинговой информации сторонней компании.

Общественное здравоохранение

- Для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности. Сюда относятся уведомления Вас, если Вы подверглись воздействию заболевания. Мы уведомим вас, если Вы подвержены риску заражения или распространения заболевания или патологического состояния.
- В большинстве случаев данные, касающиеся анализов на или лечения ВИЧ или СПИДа, не будет раскрываться без Вашего разрешения.
- Для сообщения о Ваших реакциях (например, аллергии) на лекарственные средства или проблемах с препаратами. Для уведомления Вас о любом изъятии препаратов из продажи.
- Для сообщения о рождениях, смертях, жестоком обращении с детьми или безнадзорности, а также домашнем насилии.

Причины правового характера

- Когда по закону мы обязаны сообщить в полицию, другим правоохранительным органам или по повестке в суд или большому жюри.
  - Мы предпримем меры для информирования Вас о любой повестке в суд, если Вы ее не запрашивали.
- Когда мы должны отреагировать на судебный приказ или законный процесс.
- Сообщение о некоторых травмах, таких как огнестрельные ранения, ожоги или телесные повреждения, нанесенные преступникам.
- Сообщение о смерти, которая, по нашему мнению, могла стать результатом преступного поведения.
- Сообщение о жертве преступления, если при определенных ограничивающих обстоятельствах мы не можем получить согласие этого лица.
- Сообщение о любом преступном поведении в нашем учреждении и в чрезвычайных обстоятельствах для сообщения о преступлении.
- Помощь в опознании или установлении местонахождения подозреваемого, беглеца, важного свидетеля или пропавшего без вести.

Исследования

- Для проведения исследовательского проекта — помощь в поиске пациентов с конкретными заболеваниями.
- Для изучения эффективности Вашего лечения или лекарственного препарата.
- Все проекты должны пройти специальную процедуру, защищающую конфиденциальность Ваших медицинских данных.
  - Все проекты должны быть одобрены Советом директоров FFHC.

Данные могут быть раскрыты в одной из следующих ситуаций:

- Донорским программам, если Вы становитесь донором или испытываете необходимость в органе, глазах или тканях.

- Судмедэкспертам или коронерам, чтобы помочь в опознании тела или выяснении причины смерти.
- Владельцам похоронных бюро, чтобы помочь им в выполнении их обязанностей.
- Для предотвращения или уменьшения серьезной угрозы для Вас или других людей.
- Если Вы на военной службе — в соответствии с требованиями военных правил.
- Если Вы заключенный:
  - В исправительное учреждение или правоохранительные органы для предоставления Вам медицинской помощи.
  - Для защиты Ваших здоровья и безопасности.
  - Для защиты здоровья и безопасности других лиц, включая находящихся в исправительном учреждении.
- Сообщение о результатах экспертизы, назначенной судом, или для действий по закону для соблюдения национальной безопасности.
- Мы используем и раскрываем данные в соответствии с требованиями не упомянутых выше дополнительных законов.

B. Ситуационные данные могут раскрываться ТОЛЬКО с Вашего письменного разрешения. В любых не упомянутых выше ситуациях Ваше разрешение обязательно. Вы должны подписать форму разрешения на использование или раскрытие любых данных о Вашем здоровье. Определенные данные считаются строго конфиденциальными, и в большинстве случаев их использование и раскрытие требуют подписанной формы разрешения. К строго конфиденциальным данным относятся записи о психическом здоровье, анализы на или лечение ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний. Вы должны дать нам письменное разрешение на раскрытие Ваших данных в маркетинговых целях.

C. Ситуации, в которых Ваши данные НЕ БУДУТ раскрываться. Не будут раскрываться любые результаты генетического тестирования для целей страхового андеррайтинга. Мы не будем продавать информацию о Вашем здоровье ни по какой причине.

2. Ваши права в отношении Ваших медицинских данных

A. Получать и просматривать свои медицинские данные. Вы можете получить копию или просмотреть свои медицинские данные. Вы должны прийти на прием к врачу, чтобы бесплатно просмотреть свою медицинскую карту. Если Вы хотите получить копию, Вы должны подписать форму запроса. Копии можно получить в отделе медицинской документации или единой приемной. В зависимости от Ваших предпочтений Вы можете получить электронную или бумажную копию. За эти запросы может взиматься плата. В некоторых случаях мы можем отказать Вам в просмотре или копировании Вашей карты. Если это произойдет, мы сообщим Вам причину и разъясним Ваше право на пересмотр отказа.

B. Попросить внести изменения в Вашу медицинскую карту. Если Вы считаете, что данные в Вашей медицинской карте неверные или неполные, Вы можете запросить внесение изменений или поправок. Вы должны изложить свой запрос в письменной форме и указать причину, по которой Вы хотите внести изменения. Мы внесем изменения, если только мы не сочтем, что данные, которые Вы хотите изменить, являются полными и точными. Если не мы создавали эти данные, мы не сможем их изменить.

C. Запросить список данных, раскрытых другим лицам. У Вас есть право запросить список раскрытых нами Ваших медицинских данных. Сюда не входят данные, предоставленные для целей лечения, оплаты или операционной деятельности учреждения. Сюда также не входит раскрытие данных, на которое Вы дали разрешение. Такой запрос должен быть письменным. В запросе должен быть указан определенный период времени до шести лет. Мы предоставим Вам 1 бесплатный перечень счетов в год.

D. Ограничить доступ страховой компании к медицинской карте. У Вас есть право запретить передачу определенных данных Вашей страховой компании. Вы можете запретить передачу данных о любых визитах к врачу, анализах, процедурах и т. д., если Вы оплатили их из собственных средств. До тех пор, пока закон не обязывает нас раскрывать данные, мы не будем их передавать.

E. Ограничить использование или раскрытие данных Вашей медицинской карты. У Вас есть право потребовать, чтобы FFHC не использовала и не раскрывала Ваши медицинские данные о лечении, платежах или медицинском обслуживании. Мы не обязаны следовать этому требованию. Но мы сделаем всё возможное, чтобы обеспечить конфиденциальность Ваших данных. Если мы согласимся с требованием, оно будет удовлетворено, за исключением случаев крайней необходимости, по причине которой нам нужно поделиться Вашими данными.

F. Изменить адрес, на который Вам отправляют данные, или предпочитаемый способ связи с Вами. Вы можете потребовать отправлять Вам данные на адрес, отличный от того, который у нас указан в качестве Вашего домашнего адреса. Вам не нужно указывать причину этого требования. Мы не обязаны следовать Вашему требованию, если оно необоснованное.

G. Отозвать подписанное разрешение. У Вас есть право отозвать любое подписанное Вами разрешение на использование или раскрытие Ваших медицинских данных. Такой запрос должен быть письменным. Мы будем следовать запрошенному отзыву в последующие за ним даты. Мы не несем ответственности за любые данные, которые были раскрыты до отзыва Вами разрешения.

H. Получить бумажную копию настоящего уведомления. Вы можете запросить бумажную копию настоящего уведомления в своем медицинском центре. Если Вы желаете увидеть этот документ в электронном формате, он размещен на нашем сайте www.communityhealthdayton.org.

I. Подать жалобу. У Вас есть право подать жалобу, если по какой-либо причине Вы считаете, что конфиденциальность Ваших данных была нарушена. Вы можете подать письменную жалобу с подробным описанием того, каким образом была нарушена конфиденциальность Ваших данных. Жалобы можно подавать сотруднику FFHC по рассмотрению жалоб. Вы также можете подать жалобу руководителю Департамента здравоохранения и социальных служб на их сайте. Подача жалобы не изменит получаемого Вами лечения в наших медицинских центрах.

J. Получить уведомление об утечке данных. У Вас есть право получать уведомления о любом незащищенном разглашении Ваших медицинских данных.

3. Применимость, изменения в настоящем уведомлении, контактная информация и дата вступления в силу

Настоящее уведомление относится ко всем Вашим медицинским данным, хранящимся в FFHC, будь то созданные нами данные или данные, полученные нами откуда-то еще. Мы оставляем за собой право изменять условия настоящего уведомления. Ваши права на обеспечение конфиденциальности могут измениться в случае изменения законов. Если такое произойдет, мы изменим уведомление и разместим его там, где Вы сможете его прочитать. Новое уведомление будет распространяться на все имеющиеся у нас Ваши данные. Мы должны следовать условиям уведомления, которое действует в настоящее время. Если Вы хотите получить копию самой последней редакции уведомления, Вы можете запросить ее в своем медицинском центре или просмотреть в электронном виде на нашем сайте. Настоящее уведомление о процедурах обеспечения конфиденциальности действует с 23 сентября 2013 года. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно настоящего уведомления, обратитесь к нашему специалисту по надзору за нормативно-правовым соответствием в компании по телефону (937) 586-9733, добавочный номер 1037.

First Flight Health Centers™

Соглашение о выставлении счетов

Медицинское страхование:

Мне известно, что я как пациент обязан(-а) предоставить копию моей карты медицинского страхования в First Flight Health Centers (FFHC) во время получения мной медицинского обслуживания. Я разрешаю перечисление страховых выплат за оказанные медицинские услуги, указанных в настоящем документе и иным образом причитающихся мне, но не превышающих обычные расходы, непосредственно FFHC и (или) врачам, или их уполномоченным лицам. Я понимаю, что несу ответственность за все расходы до полной оплаты счетов, а также за остаток расходов, не покрываемых страховкой. Если по какой-либо причине моя страховая компания (включая Medicare) откажет в оплате, я уполномочиваю FFHC действовать от моего имени, чтобы подать апелляцию в отношении оплаты.

*ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ MEDICARE: Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявления на получение оплаты в соответствии с разделом XVIII Закона о социальном обеспечении, является верной. Я разрешаю любому обладателю медицинской или другой информации обо мне, включая врачей и (или) их уполномоченных лиц, передавать Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) и (или) программе Medicare любую информацию, необходимую для этого или связанного с ней требования Medicare.

Оплата из собственных средств (для лиц без страхования или с недостаточным страхованием):

Я понимаю, что я обязан (-а) заполнить Заявление на оплату со скидкой по гибкой шкале и предоставить подтверждение моего дохода в течение 30 дней после моего приема. В противном случае я буду обязан(-а) оплатить 100 % суммы моего счета.

Счета на остаток после страховых выплат/доплаты/оплаты по гибкой шкале скидок:

Я осознаю, что оплаты счетов на остатки после страховых выплат, доплаты или номинальные оплаты по гибкой шкале скидок являются моей ответственностью.

Я могу осуществить оплату наличными, чеком или кредитной картой в приемной, позвонив в отдел выставления счетов по телефону 937-586-9733/вариант 7, на портале для пациентов или на портале Instamed (https://pay.instamed.com/chcgd). *Если чек будет возвращен из-за недостаточного количества средств, к моему счету будут добавлены соответствующие сборы, и я буду нести ответственность за их оплату.

Телемедицинские визиты и профилактические осмотры:

Я понимаю, что First Flight Health Centers в качестве дополнительной услуги и в зависимости от необходимости предоставляет пациентам телемедицинские визиты с использованием аудио- и (или) видеосвязи. Я осознаю, что эти услуги подлежат оплате и имеют связанную стоимость, аналогичную приёму в кабинете врача (клинике). Я понимаю, что если во время планового приема с целью профилактического осмотра, покрываемого страховкой, поставщик услуг выявит новые проблемы со здоровьем или заболевания, есть возможность того, что мой прием уже не будет считаться плановым профилактическим приемом и может оплачиваться как стандартный врачебный прием. Я осознаю, что любые доплаты, совместные страховые выплаты, непокрываемый минимум или номинальные оплаты по гибкой шкале скидок, применяемые к этим приемам, являются моей ответственностью.

Извещения:

Мне известно, что я получу всего только 3 извещения, прежде чем мой счет может быть направлен в стороннее коллекторское агентство. Я также осознаю, что если FFHC получит возвращённую почту из-за того, что я не предоставил(-а) правильный или обновлённый почтовый адрес, моя задолженность может быть передана в стороннее коллекторское агентство.

Условия оплаты:

Мне известно, что при наличии задолженности я могу составить график рассрочки платежей для погашения задолженности, если я не могу оплатить ее полной суммой. Мне также известно, что, если я не составлю график рассрочки платежей совместно с FFHC или не буду вносить платежи по этому графику, мое дело могут направить в стороннее коллекторское агентство. График рассрочки платежей можно составить, обратившись в отдел выставления счетов или на портале Instamed.

Обращения в коллекторские агентства:

Я понимаю, что, если на меня два (2) раза заявят в коллекторское агентство, меня могут исключить из списка пациентов, и я больше не смогу получать услуги в First Flight Health Centers.

Моя подпись или подпись моего уполномоченного представителя означает, что я прочитал(-а), понял(-а) и соглашаюсь с вышеуказанными условиями, и предоставил(-а) точную информацию.

Подпись пациента/опекуна	Кем приходится	Дата

Имя, фамилия пациента печатными буквами	Дата рождения пациента

First Flight Health Centers

First Flight Health Centers — *медицинский центр федерального значения. Мы обязаны собирать сведения о доходах наших пациентов. Вся информация конфиденциальна, и мы обязаны сообщать только цифры, а не имена пациентов. Мы попросим вас ежегодно обновлять эту информацию.*

Размер семьи подразумевает ваших ближайших родственников, проживающих в вашем доме, за которых вы несете юридическую ответственность, и детей, за которых вы платите алименты и которые не живут в вашем доме.

1. Обведите размер вашей семьи

2. Обведите суммарный доход вашего домохозяйства

СУММАРНЫЙ ДОХОД ДОМОХОЗЯЙСТВА (ОБВЕДИТЕ ТОЛЬКО ОДНУ СУММУ)

Размер семьи	Доход = или ниже	Доход в пределах	Доход в пределах	Доход в пределах	Доход выше
1	$15,960	$15,961 - $21,227	$21,228 - $23,940	$23,941 - $31,920	$31,921
2	$21,640	$21,641 - $28,781	$28,782 - $32,460	$32,461 - $43,280	$43,281
3	$27,320	$27,321 - $36,336	$36,337 - $40,980	$40,981 - $54,640	$54,641
4	$33,000	$33,001 - $43,890	$43,891 - $49,500	$49,501 - $66,000	$66,001
5	$38,680	$38,681 - $51,444	$51,445 - $58,020	$58,021 - $77,360	$77,361
6	$44,360	$44,361 - $58,999	$59,000 - $66,540	$66,541 - $88,720	$88,721
7	$50,040	$50,041 - $66,553	$66,554 - $75,060	$75,061 - $100,080	$100,081
8	$55,720	$55,721 - $74,108	$74,109 - $83,580	$83,581 - $111,440	$111,441

*Имя, фамилия пациента печатными буквами:*_____ *Дата рождения пациента:*_____

*Подпись пациента/поручителя:*_____ *Сегодняшняя дата:*_____

FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS
ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК

Имя, фамилия пациента_____ Дата рождения_____

Имя, фамилия заявителя (если это не пациент)_____ Кем приходится пациенту_____

Улица_____ Город_____ Штат_____

Почтовый индекс_____ Телефон_____ Альтернативный или сотовый телефон_____

Предоставьте следующую информацию **всем ближайшим родственникам в вашей нуклеарной семье, проживающим вместе с вами.** Для целей оказания помощи **нуклеарная семья** определяется как пациент, супруг(а) пациента и все дети пациента младше 18 лет (родные или приемные), проживающие вместе с пациентом, или те, **за кого вы несете юридическую ответственность**.

Имя, фамилия	Кем приходится пациенту	Годовой/месячный или недельный *ДОХОД*	Сумма без учета налогов

Общее число членов семьи_____
Общее число детей, не проживающих в семье, на которых выплачиваются алименты_____

Документы, подтверждающие отсутствие доходов: Если вы заявляете, что ваш доходе равен $0, объясните ниже, как вы выживаете без средств к существованию._____
_____

Своей подписью *ниже* я удостоверяю, **что мой годовой доход равен $0**

Подпись пациента_____ Свидетель со стороны FFHC _____

***Приемлемые формы подтверждения дохода (последние)*:** два чека/платежных квитанций, налоговая декларация или форма W-2, документ на государственное пособие или социальное обеспечение, пособие на ребенка, алименты, пособие по безработице, банковские выписки, удостоверительное письмо службы медицинской помощи или отдела социальных служб. (**Включите ВЕСЬ доход)**)

Я понимаю, что я должен (-на) обновить эту информацию в случае изменения моей финансовой ситуации, и что новую заявку на получение скидки необходимо заполнять не реже одного раза в двенадцать (12) месяцев. Я получил (-а) информацию, объясняющую условия программы, и я понимаю и соглашаюсь соблюдать эти условия. Я понимаю, что если я пациент, оплачивающий лечение из собственных средств, **я отвечаю за внесение не менее $20 в качестве оплаты каждого врачебного приема и (или) $40 в качестве оплаты каждого стоматологического приема.** Если после применения моего размера скидки на моем счету остается неоплаченный остаток, я соглашаюсь принять меры для оплаты и соблюдать условия и порядок оплаты. Я понимаю, что если я не смогу произвести оплату в каком-либо месяце, я должен (-на) обратиться в отдел приема платежей до даты срока оплаты, чтобы обсудить необходимость изменить условия и порядок оплаты.

Подтверждение: я подтверждаю, что вышеуказанная информация о размере семьи и доходе верна**. Я понимаю, что документация, подтверждающая мое финансовое положение, требуется для утверждения моей скидки, и что я должен (-на) предоставить эту информацию в течение 30 дней или до моего следующего визита, если эта дата раньше.**

_____ _____ _____
Имя, фамилия пациента (печатными буквами) Подпись пациента или гаранта Дата подписания

НЕ подписывайте эту страницу, если хотите, чтобы вашу кандидатуру рассматривали на получение скидки. Если вы поставите подпись ниже, другая сторона этой формы становится **недействительна**.

ОТКАЗ ОТ ПРАВА:

В настоящее время я решаю не подавать заявку на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок. Я отказываюсь от своего права на любую скидку, на которую мог (-ла) бы претендовать в ином случае. Я понимаю, что во время получения услуги я буду нести ответственность за полную оплату всех расходов.

Имя, фамилия пациента (печатными буквами)	Подпись пациента или гаранта	Дата