

Внимательно прочитайте всю информацию.

Общая информация

Компания MetalQuest, Inc. является Доверенным лицом по обработке записей о состоянии здоровья пациентов (медицинских записей) для компании Federation Employment and Guidance Service, Inc., коммерческое обозначение FEGS Health and Human Services. В качестве доверенного лица компания MetalQuest хранит указанные записи для FEGS.

Как запросить записи о состоянии здоровья пациента

Пациент: Если вы были пациентом FEGS, пожалуйста, полностью заполните бланк разрешения на выдачу информации (включенный в данный документ) для FEGS. Вы должны приложить копию любого из следующих документов: свой документ, удостоверяющий личность, выданный властями штата, водительское удостоверение, выданное властями штата, или свидетельство о рождении.

Представитель пациента: Если вы являетесь родителем (который запрашивает записи несовершеннолетнего ребенка), законным опекуном или другим уполномоченным представителем пациента, пожалуйста, полностью заполните бланк разрешения на выдачу информации (включенный в данный документ) для FEGS и приложите копию своего документа, удостоверяющего личность, выданного властями штата, или водительское удостоверение. Кроме того, приложите все применимые документы, подтверждающие ваши полномочия законного и уполномоченного представителя пациента. Например: документы об опеке или распоряжении имуществом, доверенность, свидетельство о рождении, свидетельство о смерти.

Отправьте заполненный бланк разрешения на выдачу информации, копию документа, удостоверяющего личность, и другие дополнительные документы (при необходимости) по почте, факсу, электронной почте в адрес:

MetalQuest, Inc.
ATTN: FEGS Release of Information Department
PO Box 46364
Cincinnati, OH 45246-0364
Факс: 513-242-5059
Эл. почта: fegs@metalquest.com

Если у вас возникнут вопросы по заполнению бланка, вы можете связаться с компанией MetalQuest по телефону **513-898-1022** в рабочее время с 9:00 до 16:00 по восточному поясному времени. Вы также можете связаться с нами по факсу или электронной почте, указанным выше.

Формат

Записи о состоянии здоровья пациента могут быть выданы следующими способами: почтой на CD/DVD-диске; зашифрованной ссылкой для загрузки по электронной почте; по факсу (не более 100 страниц); или почтой на бумажном носителе. Мы приложим все наши усилия, чтобы выполнить ваш запрос.

Процедура выдачи

Запросы в MetalQuest на предоставление записей проходят процедуру обработки, состоящую из следующих шагов:

1. Компания получает запрос в виде поданного и заполненного должным образом бланка разрешения на выдачу информации MetalQuest FEGS. После получения запрос проверяют на наличие требуемой документации и полноту заполнения. Если мы можем выполнить ваш запрос, вам придет уведомление о том, сколько это будет стоить. Если мы не можем выполнить ваш запрос, вам придет уведомление об этом с запросом дополнительной информации или документации, при необходимости.
2. Оплату можно произвести чеком или денежным переводом и отправить по адресу: **MetalQuest, Inc, Attn: FEGS Release of Information Department, PO Box 46364, Cincinnati, OH 45246-0364.**
3. По получении оплаты всех применимых сборов записи будут отсканированы и направлены выбранным вами способом.

Пожалуйста, учтите, что MetalQuest подготовит все записи о состоянии здоровья пациента полностью, если иное не указано в бланке разрешения на выдачу информации

Тарифы

Описание	Сбор
Записи о состоянии здоровья пациента	\$0,75 за страницу плюс почтовый сбор или сбор за курьерские услуги. (Например: 10 страниц – \$7,50 плюс почтовый сбор; 50 страниц – \$37,50 плюс почтовый сбор; 100 страниц – \$75,00 плюс почтовый сбор; 200 страниц – \$150,00 плюс почтовый сбор)
Сборы за особую обработку	\$50,00 за час плюс почтовый сбор или сбор за курьерские услуги. Сбор \$0,75 за страницу не применяется. (Например, если необходима постраничная проверка записей, чтобы исключить информацию из выдачи. Мы предупредим вас заранее, если будут применяться данные сборы)
Сбор за заверение записей	\$50,00 за заверение

Доставка

Все записи отправляются или передаются выбранным способом. Ни при каких обстоятельствах компания MetalQuest не принимает бланки разрешения на выдачу информации или платежи доставкой личным вручением. Записи нельзя забрать лично в компании MetalQuest.

**ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПОЛЯ – ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНЯЙТЕ РАЗБОРЧИВО ОТ РУКИ ЛИБО
МАШИНОПИСНЫМ ТЕКСТОМ**

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:

Ф.И.О. ПАЦИЕНТА: (Фамилия, имя, второе имя)	ДАТА РОЖДЕНИЯ: (ММ/ДД/ГГГГ)	
ПСЕВДОНИМ ТАКЖЕ ИЗВЕСТНЫЙ ПОД ИМЕНЕМ ИЛИ ПРИБИ ОКАЗАНИИ УСЛУГИ: (Фамилия, имя, второе имя)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:	
АДРЕС:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:	НОМЕР ФАКСА:
	ЭЛ. ПОЧТА: (Не указывайте адрес, если не хотите, чтобы с вами связывались по электронной почте)	

Настоящим я разрешаю компании MetalQuest, Inc, которая является Доверенным лицом бывшей компании Federation Employment and Guidance Service, Inc., коммерческое обозначение FEGS Health and Human Services, выдать и раскрыть медицинскую информацию указанному ниже получателю. Я был пациентом FEGS или являюсь законным и уполномоченным представителем пациента. Я понимаю, что у Доверенного лица имеется защищенная законом информация о моем здоровье или здоровье лица, которое я представляю.

ДАННЫЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ: (Информация будет отправлена указанному ниже лицу)

Ф.И.О.	
ИМЯ ОРГАНИЗАЦИИ: (Если необходимо)	
АДРЕС:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
	НОМЕР ФАКСА:
ЭЛ. ПОЧТА: (Не указывайте адрес, если не хотите, чтобы с вами связывались по электронной почте)	

ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ БУДЕТ ВЫДАНА: (Отметьте нужные клетки галочкой и заполните поля, которые относятся к данному запросу)

ПРИМЕЧАНИЕ: MetalQuest автоматически проведет поиск и осуществит выдачу всех записей о состоянии здоровья пациента полностью по всем программам FEGS, если иное не указано при заполнении информации о программе и/или диапазоне дат ниже. Если указана информация о программе, записи пациента будут ограничены указанной программой. Если вы хотите, чтобы были выданы только определенные документы, заполните поля Диапазон дат, Информация о программе и Другое и укажите требуемые документы в поле Другое.

Сведения, которые будут выданы и раскрыты: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Все записи о состоянии здоровья пациента полностью (Все программы/документы/за все время) <input type="checkbox"/> Диапазон дат: с _____ по _____ <input type="checkbox"/> Название программы FEGS: _____ <input type="checkbox"/> Адрес программы FEGS: _____ <input type="checkbox"/> Другое (Пожалуйста, укажите): _____ 	
НЕ ВКЛЮЧАТЬ: (Если вы НЕ хотите, чтобы следующие сведения были выданы, укажите это, отметив соответствующую клетку галочкой) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Лечение от алкогольной/наркотической зависимости <input type="checkbox"/> Данные о психическом здоровье и поведении <input type="checkbox"/> Данные о генетических/репродуктивных правах <input type="checkbox"/> Данные о венерических/инфекционных заболеваниях <input type="checkbox"/> Данные о СПИДе и ВИЧ-инфекциях 	Пожалуйста, укажите предпочтительный способ выдачи ниже: (Пожалуйста, отметьте галочкой) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Почтой на CD/DVD-диске <input type="checkbox"/> Зашифрованной ссылкой для загрузки по электронной почте <input type="checkbox"/> По факсу (не более 100 страниц) <input type="checkbox"/> Почтой на бумажном носителе
Отправить счет за выдачу информации в адрес: (Пожалуйста, отметьте галочкой) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пациента, указанного выше <input type="checkbox"/> Получателя, указанного ниже <input type="checkbox"/> Другого доверенного лица, указанного ниже Ф.И.О./Организация _____ Дом, улица _____ Город, штат, индекс _____ Контактное лицо _____ Тел. _____	Причина запроса: (Пожалуйста, отметьте галочкой) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> По запросу физического лица <input type="checkbox"/> Другое _____

Я полностью осознаю, что информация, подлежащая выдаче, содержит личные данные, диагноз и медицинскую карту меня или пациента и может содержать информацию **ОБ АЛКОГОЛЬНОЙ/НАРКОТИЧЕСКОЙ/ПСИХОТРОПНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, КОРРЕКТИРОВКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОВЕДЕНИЯ, ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ, РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВАХ, ВЕНЕРИЧЕСКИХ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СПИДЕ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯХ**, если я не отмечу галочкой соответствующую клетку в разделе «НЕ ВКЛЮЧАТЬ» данного Разрешения. В том случае, если информация о состоянии здоровья, описанная выше, содержит указанные сведения и я не отмечу галочкой соответствующую клетку, я отдельно разрешаю выдачу данной информации одному или нескольким указанным лицам.

Если я разрешаю выдачу какой-либо информации, описанной выше, получателю запрещается далее раскрывать данную информацию без моего разрешения, если иное не разрешено федеральным законодательством или законами штата. Я понимаю, что у меня есть право запросить список лиц, которые могут получать или использовать данные о моих ВИЧ-инфекциях без разрешения. Я могу связаться с отделом по правам человека штата Нью-Йорк по номеру (212) 480-2493 или с комиссией по правам человека города Нью-Йорк по номеру (212) 306-7450. Эти учреждения отвечают за защиту моих прав.

Данное Разрешение автоматически утратит силу через 120 дней с указанной ниже даты или ранее по моему выбору, и в таком случае Разрешение утратит силу _____ (дата) или _____ (случай). Ксерокопия или факсимильное изображение данного Разрешения будет считаться действительным, если не указано иное.

Я понимаю, что у меня есть право отозвать Разрешение в любое время, за исключением случаев, когда компания MetalQuest уже совершила необходимые действия согласно данному Разрешению. Чтобы отозвать данное Разрешение, мне нужно отправить письменный запрос компании MetalQuest по адресу, указанному в конце данного документа.

Я понимаю, что выдача и раскрытие информации о состоянии моего здоровья сопряжены с риском последующего раскрытия данной информации, и указанные данные могут не охраняться федеральными нормами о защите информации о здоровье, если закон не обязывает одного или нескольких получателей, указанных в данном бланке, обеспечивать конфиденциальность информации.

Я понимаю, что подписание данного Разрешения является добровольным. Мое лечение, оплата, участие в программе медицинского страхования или право на льготы не будут зависеть от моего согласия на раскрытие указанной информации. Однако, MetalQuest не может выдать мои записи, если данный бланк не подписан.

Настоящим я подтверждаю, что я прочитал(а) и полностью понимаю указанные выше положения и их применимость ко мне. Я соглашаюсь на выдачу и раскрытие своих записей для цели/целей, указанных выше.

Все пункты данной формы были заполнены, и на все мои вопросы, касающиеся данного бланка, были даны ответы. Кроме того, мне предоставили копию данного бланка.

<p>ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА:</p> <p>(Если пациент несовершеннолетний, в возрасте от 13 до 18 лет, и проходил лечение от алкогольной/наркотической зависимости или психических расстройств, тогда он должен подписать данное разрешение)</p>	<p>ДАТА: (ММ/ДД/ГГГГ)</p>
<p>Подпись родителя или законного и уполномоченного представителя пациента:</p>	<p>Ф.И.О., адрес и номер телефона родителя или законного и уполномоченного представителя пациента печатными буквами:</p>
<p>Описание полномочий на действия от имени и по поручению пациента:</p>	<p>Причина, по которой пациент сам не может подписать документ:</p>
<p>Приложите все применимые документы, подтверждающие ваши полномочия законного и уполномоченного представителя пациента.</p> <p>Например: Документы об опеке или распоряжении имуществом, доверенность, свидетельство о рождении, свидетельство о смерти</p>	

Отправьте заполненный бланк разрешения на выдачу информации, копию документа, удостоверяющего личность, и другие применимые дополнительные документы по почте в адрес: **METALQUEST INC, ATTN: FEGS RELEASE OF INFORMATION DEPARTMENT, PO BOX 46364, CINCINNATI, OH 45246-0364**. Кроме этого, вы можете отправить свой запрос по факсу на номер **513-242-5059** или по электронной почте feqs@metalquest.com.