**Отдел Здравоохранения – г. Сиэтл и округ Кинг**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

**Подтверждение о получении уведомления – пожалуйста, подпишите ниже**

|  |
| --- |
| HIPAА обязывает нас предоставить Вам документ “Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности”. Мы просим Вас подписать эту форму и поставить дату. **Подписав форму и поставив дату, Вы подтверждаете, что Вы получили от нас копию документа “Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности”. Ваша подпись не является Вашим согласием на признание того, о чем говорится в этом документе.** Форму для несовершеннолетних детей (до18- летнего возраста) обычно подписывают родители. За исключением, когда несовершеннолетний сам обращается за такими видами услуг, как планирование семьи, тесты/лечение венерического заболевания, амбулаторное психиатрическое лечение или амбулаторное лечение от алкоголя и наркотической зависимости. По закону штата, несовершеннолетние сами могут подписивать согласие на лечение по этим услугам. В этом случае, их самих попросят подписать данную форму. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, читайте приложенное “Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности”.  |

 *Нижеподписавшийся получил Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности Департамента по Здравоохранению г. Сиэтла и округа Кинг .*

**Подпись:**

|  |
| --- |
|  **Подпишите**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Дата:** (месяц/день/год) |  |
|  |  |
| **Кем приходитесь****пациенту:** |  |

**Отдел Здравоохранения – г. Сиэтл и округ Кинг**

**СОГЛАСИЕ НА ОПЛАТУ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ**

**Подтверждение о получение уведомления – пожалуйста, подпишите ниже**

|  |
| --- |
| **Разглашение (выплата/перечисление) страховых фондов и выдача информации:**  Я даю разрешение, чтобы выплаты из моего страхового полиса напрямую перечислялись медицинскому учреждению. Я несу финансовую ответственность за любой невыплаченный остаток. Я даю разрешение медицинскому учреждению и страховой компании выдавать любую информацию, необходимую для оплаты данного иска. Я подтверждаю, что предоставленная мною информация, насколько мне известно, является правильной. **Согласие на лечение:** Настоящим, я даю разрешение отделу Здравоохранения г. Сиэтла и округа Кинг выполнять те медицинские/стоматологические процедуры, которые, с профессиональной точки зрения, считаются необходимыми или рекомендуются для моей диагностики и лечения. В случае, если пациент является подростком (13-17 лет) и обращается за общими медицинскими/стоматологическими услугами самостоятельно, то специально для таких случаев я даю разрешение этому подростку самому/самой получать лечение в мое отсутствие.  |

**Подпись:**

|  |
| --- |
|  **Подпишите**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата:** (месяц/день/год) |  |
|  |  |
| **Кем приходитесь пациенту:** |  |