

Отдел здравоохранения – г. Сиэтл и округ Кинг

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Подтверждение о получении уведомления – пожалуйста, подпишите ниже

НПРАА 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 (до 18-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 подписывать 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 приходиться
пациенту:**

Отдел Здравоохранения – г. Сиэтл и округ Кинг

СОГЛАСИЕ НА ОПЛАТУ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Подтверждение о получении 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 приходиться
пациенту:**