

**Разрешение Пациента
на использование и передачу информации о здоровье**

Подписав данный документ, я, _____ (Ф. И. О.), даю разрешение доктору Фреду В. Стилсону, владельцу бизнеса, именуемому ADD LIFE Center, а также работникам-партнерам данного центра использовать и/или передавать конфиденциальную медицинскую информацию (PHI) обо мне следующим лицам:

Это разрешение позволяет ADD LIFE Center использовать и / или передавать следующие типы конфиденциальной медицинской информации обо мне:

Эта информация будет использована или передана для следующих целей:

1. по просьбе клиента
2. для оплаты услуг

Целью данного разрешения является подтверждение того, что я принимаю сознательное решение на передачу или использование данной информации в вышеназванных случаях.

Разрешение действительно в течение _____.

ADD LIFE Center не получает оплату или иное вознаграждение от третьей стороны в обмен на использование или раскрытие PHI.

Я не обязан подписывать это разрешение для того, чтобы получить обслуживание в ADD LIFE Center. У меня есть право отказаться подписывать это разрешение.

Когда моя информация использована или передана в соответствии с настоящим разрешением, это может быть сопряжено с повторной передачей информации обо мне получателем. В этом случае информация может быть более не защищена федеральным правилом конфиденциальности HIPAA.

Я могу аннулировать мое разрешение в любое время в письменной форме. Аннулирование не коснется любой информации, которая уже была передана.

Мой письменный отказ от действия данного разрешения должен быть предоставлен по адресу: info@addlifecenter.com

Подпись _____

Ф. И. О. _____

Дата _____