

Штат Калифорния - Агентство по Здравоохранению и Социальному
Обеспечению



Департамент Общественного
Здравоохранения
Калифорнии



Д-р РОНАЛД ЧАПМАН
Директор
Департамента Общественного
Здравоохранения
Калифорнии

ЭДМУНД Г. БРАУН МЛ
Губернатор

СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И
РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

Программа по Контролю Рака Толстого Кишечника в Калифорнии

Департамент Общественного Здравоохранения Калифорнии сотрудничает с вашим лечащим врачом для достижения следующих целей Программы по Контролю Рака Толстого Кишечника в Калифорнии:

- Расширить общественное понимание важности регулярного скринингового обследования на наличие рака толстого кишечника
- Помочь специалистам в области здравоохранения в обеспечении и внедрении высококачественного скринингового обследования населения на наличие рака толстого кишечника
- Увеличить число мужчин и женщин старше 50 лет, проходящих скрининговые обследования на наличие рака толстого кишечника

В вашей клинике первичной медицинской помощи будут проведены исследования, связанные со скрининговым обследованием на наличие рака толстого кишечника, и результаты этих исследований будут переданы в Департамент Общественного Здравоохранения Калифорнии для Программы по Контролю Рака Толстого Кишечника в Калифорнии.

Подписание данного бланка Согласия означает, что Вы согласны принять участие в Программе по Контролю Рака Толстого Кишечника в Калифорнии ("Программа") сроком на один год. Чтобы принять участие в Программе в следующем году, Вы должны подписать новое согласие на участие. Ваш лечащий врач свяжется с Вами, когда Вы должны будете снова пройти скрининговое обследование. Ваш лечащий врач будет продолжать оказывать Вам необходимую

медицинскую помощь независимо от того, примете ли Вы участие в Программе или нет.

Чтобы определить, можете ли Вы участвовать в Программе, ваш лечащий врач соберет или рассмотрит Вашу личную информацию, а именно: ваше имя, адрес, дату рождения, доход, национальность/этническую принадлежность, и некоторые сведения из вашей истории болезни и истории болезни вашей семьи. Ваш лечащий врач предоставит Вам результаты вашего скринингового обследования на наличие рака толстого кишечника. Ваш лечащий врач сохранит записи о состоянии Вашего здоровья в вашем медицинском файле (истории болезни).

Только результаты вашего скринингового обследования и диагностических тестов, а не личная информация о Вас и вашем здоровье, будет послана в Департамент Общественного Здравоохранения Калифорнии для использования согласно Уведомлению о конфиденциальности врачебной практики, которое Вам предоставляется вместе с данным бланком Согласия. Вы имеете право на просмотр либо получение копии данных о состоянии вашего здоровья, хранящихся в Отделении Диагностики Рака Департамента Общественного Здравоохранения Калифорнии, как это описано в Уведомлении о конфиденциальности врачебной практики. Вам будет предоставлена копия данного согласия. Если у Вас есть какие-нибудь вопросы, пожалуйста, обсудите их с вашим лечащим врачом.

Я, _____ (напишите печатными буквами полное официальное имя), предоставил(а) точную и полную информацию и согласен(на) принять участие в Программе по Контролю Рака Толстого Кишечника в Калифорнии Департамента здравоохранения Калифорнии. Я также согласен(на) с тем, что медицинская информация, касающаяся меня, может быть использована и разглашена, как это объяснено выше и как описано в Уведомлении о конфиденциальности врачебной практики. Я понимаю, что подписывая эту форму, я соглашаюсь принять участие в Программе. Я также понимаю, что для того, чтобы принять участие в программе в следующем году, я должен(на) буду подписать новое согласие на участие.

В рамках Программы по Контролю Рака Толстого Кишечника в Калифорнии Департамента Общественного Здравоохранения Калифорнии, меня информировали об Уведомлении о конфиденциальности врачебной практики, где дано более полное описание правил использования и разглашения информации о моем здоровье. Мне было дано право ознакомиться с данным Уведомлением о конфиденциальности врачебной практики до подписания этого бланка Согласия. Я понимаю, что Отделение Диагностики Рака Департамента Общественного Здравоохранения Калифорнии имеет право периодически менять свое Уведомление о конфиденциальности врачебной практики, и что я могу связаться с Отделением Диагностики Рака в любое время по адресу, указанному внизу данного Согласия,

чтобы получить действующую копию Уведомления о конфиденциальности
врачебной практики.

Я понимаю, что имею право попросить в письменной форме, чтобы Отделение
Диагностики Рака Департамента Общественного Здравоохранения Калифорнии
ограничило использование и разглашение информации о моем здоровье при
проведении лечения, оплате и каких-либо других медицинских исследованиях. Я
также понимаю, что Отделение Диагностики Рака Департамента Общественного
Здравоохранения Калифорнии не обязано соглашаться на запрашиваемые мной
ограничения, но в случае согласия оно будет обязано соблюдать эти ограничения.

Я понимаю, что могу отменить Согласие в любое время, заявив об этом в
письменной форме, чтобы прекратить дальнейшее использование и разглашение
информации обо мне. Отмена моего согласия не прекратит и не изменит
использование или разглашение Отделением Диагностики Рака уже имеющейся до
этого информации обо мне.

Подписание мной данного Согласия от имени другого человека означает, что я
являюсь официальным опекуном, родителем, или лицом, уполномоченным
Фактической Доверенностью на распоряжение медицинским обслуживанием, и
имею юридические полномочия для подписания данного Согласия от имени другого
человека.

Подпись

Дата (мм/дд/гггг)

Я получил(а) копию Уведомления о конфиденциальности врачебной практики
Отделения диагностики рака.

Подпись

Дата (мм/дд/гггг)

ЗАПОЛНИТЕ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЕСТЬ НЕОБХОДИМОСТЬ В СВИДЕТЕЛЕ: Я
прочитал(а) информацию данного бланка пациенту, чье имя упомянуто выше.
Я заключаю, исходя из моих знаний и убеждений, что пациент понимает данную
информацию, желает принять участие в программе и согласен с условиями данного
согласия.

Подпись

Дата (мм/дд/гггг)