

المعلومات الصحية السرية
اتفاقية الموافقة أو الانسحاب

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

تاريخ ميلاد العميل

اسم العميل بخط واضح

لقد تمت إحالتك إلى برنامج سلامة الرعاية (FWB)، حتى يتسنى للبرنامج مساعدتك أنت والآخرين المشاركين في رعايتك في فهم احتياجاتك الصحية. أثناء التواجد خارج المنزل، من المهم أن يتمكن مُقَدِّم خدمة الرعاية الصحية وغيرهم من المشاركين في رعايتك التواصل معًا لتنسيق رعايتك الصحية. في بعض الأحيان، قد تكون السجلات الصحية الخاصة بك موجودة على نظام كمبيوتر أو في صورة كتابية، وقد تتضمن معلومات بشأن ما يلي:

- خدمات تنظيم الأسرة، مثل تحديد النسل والإجهاض، و/أو
- العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، العدوى التي يمكنك الإصابة بها أثناء ممارسة الجنس، والمعروفة في السابق باسم "الأمراض المنقولة جنسيًا (STD)" و/أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز، و/أو
- أدوية الصحة العقلية والخدمات، و/أو
- خدمات الاعتماد على المواد الكيميائية.

نظرًا لأن هذه الأنواع من المعلومات الصحية خاصة، فإنه لا يمكن للشركاء الذين لديهم معلوماتك الصحية منحها لأشخاص آخرين إلا بموافقتك، أو إذا كان قانون ولاية واشنطن ينص على أنه يمكنهم إعطاء المعلومات لأشخاص آخرين.

إذا لم توقع على هذا النموذج، فسوف تظل قادرًا على الاستفادة من خدمات برنامج FWB. كل الشباب الذين تتجاوز أعمارهم 13 عامًا المحالين إلى برنامجنا، سوف يُطلب منهم التوقيع على هذا النموذج، سواء كان هذا النوع من المعلومات الصحية الواردة في هذا النموذج تنطبق عليك أم لا.

من خلال التوقيع على هذه الاتفاقية، فإنني أوافق على منح الإذن للأشخاص المُحدَّدين في هذا النموذج للاطلاع على المعلومات الصحية السرية الخاصة بي. ويحق لهم الاستشارة فيما بينهم لمساعدتي في إدارة الرعاية الصحية الخاصة بي. قد تتضمن المعلومات الصحية السرية سجلات بشأن الأمراض أو الإصابات التي أعاني منها في الوقت الحالي، أو عانيت منها في الماضي. قد تتضمن السجلات نتائج الفحوصات (مثل الأشعة السينية وفحوصات الدم)، والأدوية التي أتناولها في الوقت الحالي، أو كنت أتناولها في الماضي، والسجلات من زيارات المستشفيات، أو مكاتب مُقَدِّمي الخدمات أو غيرها من العيادات و/أو المنشآت.

أدرك أنه يمكنني سحب موافقتي في أي وقت من خلال التوقيع على هذا النموذج، ومنحه إلى الأخصائي الاجتماعي المعني بي أو برنامج FWB. ولن يؤثر هذا في أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.

القسم 1:

أوافق على السماح لبرنامج FWB بتلقي معلوماتي الصحية المُحدَّدة أدناه ومشاركتها مع مُقَدِّمي خدمات الرعاية الصحية والرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الأخصائي الاجتماعي التابع لإدارة الأطفال، والشباب، والعائلات (DCYF) و/أو الأخصائي الاجتماعي القَبلي، أو مُقَدِّم خدمة الرعاية الحالي، والوالدين البيولوجيين:

جميع سجلات العميل الخاصة بي، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الرعاية الصحية، والصحة الإنجابية (أي تحديد النسل، والحمل، والإجهاض)، ونتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (STD)/العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، وسجلات التشخيص أو العلاج (RCW 70.02.220)، وسجلات الصحة العقلية (RCW 70.02.230)، وسجلات الاعتماد على المواد الكيميائية (CD) (42 CFR Part 2).

أو (إذا كان القسم 1 غير مكتمل، فيُرجى استكمال كلا القسمين في القسم 2 أدناه)

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

القسم 2: (يجب استكمال القسمين 2A و 2B)

2A. أوافق على السماح لبرنامج FWB بتلقي المعلومات المُحدّدة أدناه الخاصة بصحتي ومشاركتها مع مُقدّم الخدمة/الوالدين المُحدّدين أدناه فحسب:

- نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي/العدوى (STD/STI) المنقولة جنسيًا، أو التشخيص، أو العلاج (RCW 70.02.220)
- الصحة الإنجابية (خدمات تنظيم الأسرة، مثل تحديد النسل والإجهاض)
- سجلات الصحة العقلية (RCW 70.02.230)
- سجلات الاعتماد على المواد الكيميائية (CD) (42 CFR Part 2)

2B. مُقدّم الخدمة/الوالدان الذين يمكن لبرنامج FWB مشاركة السجلات معهم (ضع علامة على كل من ينطبق):

- مُقدّم الخدمات الطبية
- الأخصائي الاجتماعي التابع لـ DCYF و/أو الأخصائي الاجتماعي القَبلي
- مُقدّم خدمات الرعاية الصحية الإنجابية
- مُقدّم خدمة الرعاية من الأقارب
- مُقدّم خدمة الرعاية الصحية العقلية
- الوالدان البيولوجيان (اذكر الاسم الأول والاسم الأخير):
- غير ذلك (اذكرهم):

أوافق أيضًا على إمكانية مشاركة الشركاء المذكورين في هذا النموذج للمعلومات الصحية الخاصة بي مع بعضهما بعضًا، وعدم مشاركتها مع أي شخص غير مذكور في هذا النموذج. يمكنني تغيير رأيي والرجوع عن موافقتي في أي وقت من خلال وضع علامة على المربع أدناه **(باستخدام نموذج DSHS 10-489 جديد)**، والتوقيع عليه، ومنحه إلى الأخصائي الاجتماعي المعني بي، أو برنامج FWB. ولن يؤثر هذا في أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل. التوقيع بالأحرف الأولى: _____

ما لم يتم سحبها سابقًا من جانبي، فإن المعلومات المُحدّدة أعلاه تُعدّ صالحة ما لم أعدد في الحضانة، أو حتى _____ تاريخ انتهاء الصلاحية.

أسحب موافقتي. يُرجى استكمال قسم التوقيع التالي.

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل القانوني عن العميل

علاقة الممثل القانوني بالعميل

اسم الممثل القانوني بخط واضح

تنبيه للمستلمين: تم الإفصاح عن هذه المعلومات لكم من السجلات المحمية بقواعد السرية الفيدرالية، بموجب القانون 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2. تحظر عليك القواعد الفيدرالية إجراء أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات ما لم يتم السماح صراحةً بمزيد من الإفصاح بموافقة كتابية من الشخص الذي تخصه هذه المعلومات أو على النحو الذي يسمح به القانون 42 CFR، الجزء 2. لا يُعدّ التفويض العام للإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافيًا لهذا الغرض.