

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ឈ្មោះអក្សរព្រមរបស់អតិថិជន

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អតិថិជន

អ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅកម្មវិធីសុខុមាលភាពការចិញ្ចឹម (FWB) ដូច្នេះកម្មវិធីរបស់យើងអាចជួយអ្នក និងអ្នកដទៃដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក យល់ពីតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ ពេលនៅក្រៅផ្ទះ វាចាំបាច់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងអ្នកដទៃដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក អាចទាក់ទងជាមួយគ្នាដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ នៅពេលនោះ កំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នកប្រហែលជាលើប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពី ៖

- សេវាកម្មផែនការគ្រួសារដូចជាការពន្យារកំណើត និងការវិលតកូន
- ជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI), ជំងឺឆ្លងអ្នកអាចទទួលបានពីការរួមភេទ ពីមុនស្គាល់ថា “ជំងឺកាមរោគ (STD),” និង/ឬ HIV/AIDS; និង/ឬ
- ថ្នាំ និងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាពិនិត្យកំណើតសារធាតុគីមី

ដោយសារប្រភេទព័ត៌មានសុខភាពទាំងនេះមានលក្ខណៈឯកជន ដៃគូដែលមានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅអ្នកដទៃ លុះត្រាតែអ្នកយល់ព្រម ឬច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននិយាយថាពួកគេអាចផ្តល់ព័ត៌មាននេះទៅអ្នកដទៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ អ្នកនឹងនៅតែអាចទទួលសេវាកម្មពីកម្មវិធី FWB។ យុវជនទាំងអស់អាយុលើសពី **13** ឆ្នាំបានបញ្ជូន មកកម្មវិធីរបស់យើងនិងត្រូវសួរថាតើពួកគេចង់ចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះឬទេ ថាតើប្រភេទព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងពាក្យសុំនេះអនុវត្តចំពោះអ្នកឬអត់។

ដោយចុះហត្ថលេខាការយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមថាអ្នកដែលខ្ញុំបានសម្គាល់នៅលើពាក្យសុំនេះមានការអនុញ្ញាតឱ្យត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សម្ងាត់ឯកជនរបស់ខ្ញុំ។ ពួកគេអាចពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្សេងដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្ងាត់របស់ខ្ញុំអាចរួមបញ្ចូល កំណត់ត្រាអំពីជំងឺ ឬរបួសដែលឥឡូវខ្ញុំមាន ឬធ្លាប់មានពីមុន, កំណត់ត្រាអាចរួមមានលទ្ធផលតេស្ត (ដូចជាការស្ទង់រោគ និងតេស្តឈាម) ថ្នាំខ្ញុំលេបឥឡូវ និងបានលេបពីមុន និងកំណត់ត្រាពិការទៅលម្អិតរោគ ការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា ឬគ្លីនិក និង/ឬមណ្ឌលផ្សេងទៀត។

ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចដកការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំគ្រប់ពេលដោយចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ហើយប្រគល់វាទៅបុគ្គលិកសង្គមរបស់ខ្ញុំ ឬកម្មវិធី FWB ។ នេះនឹងមិនប៉ះពាល់ព័ត៌មានដែលបានថែកម្រិតហើយនោះទេ។

ផ្នែកទី 1 ៖

ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធី FWB ទទួល និងថែកម្រិតព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលបានសម្គាល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និង សុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងនាយកដ្ឋានកុមារ យុវជន និងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ (DCYF) បុគ្គលិកសង្គម និង/ឬបុគ្គលិកសង្គមកុលសម្ព័ន្ធ អ្នកថែទាំបច្ចុប្បន្ន របស់ខ្ញុំ និងឪពុកម្តាយបង្កើត ៖

- កំណត់ត្រាអតិថិជនរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ រួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនបានកំណត់ វេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពបន្តពូជ (ដូចជាពន្យារកំណើត ការមានផ្ទៃពោះ និង ការវិលតកូន) HIV/AIDS និងលទ្ធផលតេស្ត STD/STI កំណត់ត្រាវេតវិទ្យា ឬការព្យាបាល (RCW 70.02.220), កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230), និងកំណត់ត្រាពិនិត្យសារធាតុគីមី (CD) (42 CFR ផ្នែកទី 2) ។

ឬ (ប្រសិនបើផ្នែកទី 1 មិនបានបំពេញ សូមបំពេញផ្នែកទាំងសងខាងនៃផ្នែកទី 2 ខាងក្រោម)

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ផ្នែកទី 2 ៖ (ផ្នែក 2A និង 2B ត្រូវតែបានបំពេញ)

2A. ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធី FWB ទទួល និងចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំជាមួយតែអ្នកផ្តល់សេវា / ដែលបានសម្គាល់ខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ៖

- HIV/AIDS និងលទ្ធផលតេស្ត STD/STI, កំណត់ត្រាអាគរវិទ្យា ឬការព្យាបាល (RCW 70.02.220)
- សុខភាពបន្តពូជ (សេវាកម្មផែនការគ្រួសារដូចជាការពន្យារកំណើត និងការរំលូតកូន)
- កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230)
- និងកំណត់ត្រាពីងផ្លែកតិមី (CD) (42 CFR ផ្នែកទី 2)

2B. អ្នកផ្តល់សេវា / ដែលកម្មវិធី FWB អាចចែករំលែកកំណត់ត្រារបស់អ្នកជាមួយ (ត្រូវទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖

- អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ DCYF និង/ឬបុគ្គលិកសង្គមកុលសម្ព័ន្ធបច្ចុប្បន្ន
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ អ្នកថែទាំ/ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម/អ្នកថែទាំជាសាច់ញាតិបច្ចុប្បន្ន
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ឪពុកម្តាយជីវសាស្ត្រ (បញ្ជីឈ្មោះ និងត្រកូល) ៖
- ផ្សេងទៀត (សូមរាយ) ៖

ខ្ញុំក៏យល់ព្រមថាអ្នកដែលបានរាយនាមខាងលើនេះអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំជាមួយគ្នា ហើយមិនអាចចែករំលែកវាជាមួយនរណាផ្សេងដែលមិនរាយនាមខាងលើនេះទេ។ ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់ខ្ញុំ ហើយអាចយកការយល់ព្រមគ្រប់ពេលដោយគ្មានប្រអប់ខាងក្រោម (ដោយប្រើ **DSHS 10-489** ថ្មី) ចុះហត្ថលេខាលើវា ហើយប្រគល់វាទៅបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកម្មវិធី FWB។ នេះនឹងមិនប៉ះពាល់ព័ត៌មានដែលបានចែករំលែករួចណាមួយឡើយ។ ឈ្មោះអក្សរកាត់ ៖ _____

លុះត្រាតែបានដកចេញដោយខ្ញុំ ព័ត៌មានជាក់លាក់ខាងលើគឺត្រូវត្រូវរហូតដល់ខ្ញុំលែងនៅក្នុងការថែទាំចិញ្ចឹម រហូតដល់ _____។
កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់

ខ្ញុំដកការយល់ព្រម។ សូមបំពេញផ្នែកហត្ថលេខាខាងក្រោម។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអក្សរតំណាងស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនងតំណាងស្របច្បាប់នឹងអតិថិជន

ការជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួល ៖ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានបង្ហាញទៅអ្នកពីកំណត់ត្រាដែលបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់សហព័ន្ធ ក្រប 42 នៃបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ (CFR), ផ្នែកទី 2។ ច្បាប់សហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នកពីការបង្ហាញព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែការបង្ហាញត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់លាស់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់បុគ្គលដែលវាពាក់ព័ន្ធ ឬតាមការអនុញ្ញាតបែបផ្សេងដោយ 42 CFR, ផ្នែកទី 2។ ការអនុញ្ញាតទូទៅសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គោលបំណងនេះទេ។