

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ເປັນຄວາມລັບ ໃບສັນຍາຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ຫລື ໃບຖອນຕົວ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ຂຽນຊື່ຂອງລູກຄ້າເປັນຕົວພິມ	ວັນເກີດຂອງລູກຄ້າ
---------------------------	------------------

ທ່ານໄດ້ຖືກສົ່ງມາຫາໂຄງການຊຸກຍູ້ສິ່ງເສີມການປົນປົງໃຫ້ຢູ່ດີມີແຮງ **Fostering Well-Being (FWB)** ເພື່ອວ່າໂຄງການຂອງພວກເຮົາຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານແລະບຸກຄົນອື່ນທີ່ກ່ຽວພັນນຳການປົນປົງຂອງທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນການຈັດໃຫ້ຢູ່ນອກເຮືອນ, ມັນສຳຄັນທີ່ຜູ້ໃຫ້ການປົນປົງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນໆຜູ້ທີ່ກ່ຽວພັນນຳການປົນປົງຂອງທ່ານທີ່ຈະສາມາດຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳກັນ ແລະ ກັນເພື່ອຈະປະສານງານການປົນປົງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ບາງຄັ້ງບາງຄາວ, ບັນທຶກກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະຢູ່ໃນຮະບົບຄອມພິວເຕີຫລືເປັນລາຍລັກອັກສອນແລະອາດຈະລວມເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບ:

- ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວເຊັ່ນວ່າການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການແຫ້ງລູກ;
- ການອັກເສບຖ່າຍທອດທາງເພດ (STI), ການອັກເສບທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ມາຈາກການສົມສູ່ທາງເພດ,ເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນມາແຕ່ກ່ອນວ່າແມ່ນ "ໂຮກການຖ່າຍທອດທາງເພດ (STD)," ແລະ/ຫລື HIV/AIDS; ແລະ/ຫລື
- ຢາ ແລະ ການປົນປົງສຸຂະພາບໂຮກຈິດ;
- ການປົນປົງການຕິດຢາເສບຕິດ

ຍ້ອນວ່າຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂະນິດເຫລົ່ານີ້ແມ່ນເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ, ເພື່ອນຮ່ວມງານຜູ້ທີ່ມີຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບອັນນີ້ໃຫ້ຄົນອື່ນໄດ້ນອກຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ, ຫລື ກົດໝາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນບອກວ່າເຂົາເຈົ້າສາມາດເອົາຮາຍຮະອຽດໃຫ້ຄົນອື່ນໄດ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຊັ່ນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້, ທ່ານຍັງຈະສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການການປົນປົງຈາກໂຄງການ **FWB**. ຊາວໜຸ່ມທຸກໆຄົນອາຍຸກາຍເກີນ **13** ປີຜູ້ທີ່ຖືກສົ່ງມາຫາໂຄງການຂອງພວກເຮົາຈະຖືກຖາມວ່າເຂົາເຈົ້າຢາກຈະເຊັ່ນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້ ຫລື ບໍ່, ບໍ່ກ່ຽວກັບຂະນິດຂອງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ກ່ຽວກັບທ່ານ ຫລື ບໍ່.

ໂດຍການເຊັ່ນຊື່ລົງໄປໃນໃບຕົກລົງຍິນຍອມໃບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕົກລົງເຫັນພ້ອມວ່າບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊັບອກຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ໄດ້ຮັບຄຳອະນຸຍາດໃຫ້ເບິ່ງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການພະຍາບານທີ່ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເຂົາເຈົ້າອາດຈະປຶກສານຳກັນແລະກັນເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້າຄວບຄຸມເບິ່ງນຳການປົນປົງສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະລວມເອົາບັນທຶກກ່ຽວກັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີຢູ່ດຽວນີ້ ຫລື ໄດ້ມີໃນຜ່ານມາ. ບັນທຶກອາດຈະສາມາດລວມເອົາຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງ (ເຊັ່ນວ່າຮູບຊ່ອງໄຟຟ້າ ແລະ ການກວດເລືອດ), ຢາທີ່ທ່ານກຳລັງໃຊ້ຢູ່ດຽວນີ້ ຫລື ໄດ້ໃຊ້ມາກ່ອນແລະບັນທຶກຈາກການຢ້ຽມໂຮງພະຍາບານ, ຫ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍຫລືຄລິນິກບ່ອນອື່ນໆແລະ/ຫລືສະຖານທີ່ປົນປົງ..

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖອນຄຳຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການເຊັ່ນຊື່ໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້ແລະເອົາໃຫ້ພະນັກງານສັງຄົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫລືເອົາໃຫ້ໂຄງການ **FWB**. ອັນນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຮາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຖືກແລກປ່ຽນແລ້ວ.

ພາກສ່ວນ 1:

ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ **FWB** ທີ່ຈະຮັບເອົາມາຈາກ ແລະ ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນຳທ່ານຫມໍປົນປົງສຸຂະພາບແລະສຸຂະພາບໂຮກຈິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມທັງພະນັກງານສັງຄົມຂອງກົມ **Department of Children, Youth, and Families (DCYF)** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະ/ຫລືພະນັກງານສັງຄົມຊົນເຜົ່າ,ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນປັດຈຸບັນ,ແລະພໍ່ແມ່ກຳເນີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

- ບັນທຶກລູກຄ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງຫມົດ, ລວມທັງ,ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງ,ສຸຂະພາບພະຍາບານແພ່ພັນ (ຕົວຢ່າງວ່າການຄຸມກຳເນີດ, ການຖືພາ, ແລະ ການແຫ້ງລູກ), ຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງພະຍາດ **HIV/ AIDS** ແລະ **STD/STI**. ບັນທຶກຂອງການກວດເບິ່ງພະຍາດ ຫລື ການປົນປົງ (**RCW 70.02.220**), ບັນທຶກສຸຂະພາບໂຮກຈິດ (**RCW 70.02.230**), ແລະ ບັນທຶກການຕິດຢາເສບຕິດ (**CD**) (**42 CFR Part 2**).

ຫລື (ຖ້າຫາກວ່າພາກສ່ວນ 1 ບໍ່ຖືກຂຽນປະກອບ, ກະຮຸນາຂຽນປະກອບທັງສອງພາກສ່ວນຂອງພາກສ່ວນ 2 ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້)

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ເປັນຄວາມລັບ ໃບສັນຍາຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ຫລື ໃບຖອນຕົວ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ພາກສ່ວນ 2: (ພາກສ່ວນ 2A ແລະ 2B ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບ)

2A. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ **FWB** ທີ່ຈະຮັບເອົາມາຈາກ ແລະ ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນຳທ່ານຫມໍ/ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ຜົນອອກມາຂອງການກວດ **HIV/AIDS** ແລະ **STD/STI**, ການວິຈັຍພະຍາດ, ຫລື ການປິ່ນປົວ (**RCW 70.02.220**)
- ສຸຂະພາບການສືບພັນ (ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວເຊັ່ນວ່າການຄວບຄຸມການກຳເນີດແລະການແທ້ງລູກ)
- ບັນທຶກສຸຂະພາບໂຣກຈິດ (**RCW 70.02.230**)
- ບັນທຶກຂອງການຕິດຢາເສບຕິດ (**CD**) (**42 CFR Part 2**)

2B. ທ່ານຫມໍ / ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ໂຄງການ **FWB** ສາມາດແລກປ່ຽນບັນທຶກຂອງທ່ານນຳ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ):

- ທ່ານຫມໍປິ່ນປົວພະຍາບານ
- ທ່ານຫມໍສຸຂະພາບການສືບພັນ
- ທ່ານຫມໍສຸຂະພາບໂຣກຈິດ
- ພໍ່ແມ່ກຳເນີດ (ຂຽນຊື່ແລະນາມສະກຸນ):
- ອື່ນໆ (ຂຽນລາຍຊື່):
- ພະນັກງານ **DCYF** ຄົນປັດຈຸບັນແລະ/ຫລືພະນັກງານສັງຄົມຊົນເຜົ່າ
- ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລ/ພໍ່ລ້ຽງ/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລເປັນພື້ນຖານ

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງ ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ອີກວ່າເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ອາດຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ກັນ, ແລະ ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະແລກປ່ຽນນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກບັງຄັບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໄດ້ ແລະ ເອົາຄຳຕົກລົງເຫັນພ້ອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄືນມາໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍ ການຫມາຍໃສ່ບອກຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ໂດຍການໃຊ້ໃບຟອມ **DSHS 10-489**), ໃບໃຫມ່, ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ ແລະ ເອົາໃຫ້ພະນັກງານສັງຄົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ເອົາໃຫ້ໂຄງການ **FWB**. ອັນນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນ ເຖິງຮາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຖືກແລກປ່ຽນກັນແລ້ວ. ຊື່ສິ້ນ: _____

ນອກຈາກວ່າໄດ້ຖືກຖອນມາກ່ອນໂດຍຂ້າພະເຈົ້າ, ຮາຍຮະອຽດອັນເຈາະຈົງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈະມີຜົນໃຊ້ໄດ້ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນການລ້ຽງເດັກ ກຳພ້າຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ, ຫລື ຈົນຮອດ _____.

ວັນທີຫມົດອາຍຸ

ຂ້າພະເຈົ້າຖອນຄຳຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າກະຮຸນາປະກອບພາກສ່ວນລາຍເຊັນຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ
ຂຽນເປັນຕົວພິມຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ	ຄວາມສັມພັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍຕໍ່ລູກຄ້າ

ຄຳແຈ້ງການເຖິງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ:
ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ແກ່ທ່ານຈາກບັນທຶກທີ່ຖືກປົກປ້ອງດ້ວຍກົດຮະບຽບການປົກປັດໄວ້ເປັນຄວາມລັບຂອງຮັດຖະບານກາງ, **42 Code of Federal Regulations (CFR), Part 2**. ກົດຮະບຽບຂອງຮັດຖະບານກາງຫ້າມບໍ່ໃຫ້ທ່ານທຳການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ຕໍ່ໄປອີກຈັກຢ່າງນອກຈາກວ່າການເປີດເຜີຍຕໍ່ໄປນີ້ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ຢ່າງແຈ້ງໂດຍໃບຫນັງສືຂີດຂຽນຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີນາກ່ຽວຂ້ອງນຳ ຫລື ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍກົດຮະບຽບ **42 CFR, Part 2**. ໃບອະນຸຍາດນີ້ໄປທັມມະດາໃຫ້ເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການພະຍາບານ ຫລື ຢ່າງອື່ນໆແມ່ນ **ບໍ່** ພຽງພໍສຳລັບຈຸດປະສົງອັນນີ້.