

## اطلاعات محرمانه سلامت

### رضایت نامه یا فسخ

#### Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

نام مشتری با حروف بزرگ

تاریخ تولد مراجعه کننده

شما به طرح Fostering Well-Being (ارتقای تندرستی) (FWB) ارجاع داده شده اید تا طرح ما بتواند به شما و سایر افرادی که در مراقبت از شما دخیل هستند کمک نماید تا درک بهتری از نیازهای بهداشتی شما داشته باشند. هنگامی که در مکانی دور از خانه تحت مراقبت هستید، مهم است که ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی شما و سایر کسانی که در امر مراقبت از شما مشارکت دارند برای هماهنگی مراقبت بهداشتیتان بتوانند با یکدیگر ارتباط برقرار نمایند. گاهی ممکن است سوابق بهداشتی شما در سیستم کامپیوتری باشد یا گاهی به صورت مکتوب و ممکن است اطلاعاتی درباره موارد زیر را شامل شود:

- خدمات تنظیم خانواده مانند کنترل زاد و ولد و سقط جنین؛
- عفونت های آمیزشی (STI)، عفونت هایی که ممکن است از رابطه جنسی به شما سرایت کند، که پیشتر بعنوان "بیماری های مقاربتی (STD)" و/یا HIV/AIDS شناخته می شدند؛ و/یا
- داروها و خدمات سلامت روان؛
- خدمات مرتبط با وابستگی شیمیایی

از آنجایی که این گونه اطلاعات بهداشتی خصوصی هستند، شریکانی که از اطلاعات بهداشتی شما آگاه هستند نمی توانند این اطلاعات بهداشتی را در اختیار افراد دیگری قرار دهند مگر اینکه شما موافقت نمایید، یا قانون ایالت واشنگتن مطرح کند که آنها می توانند اطلاعات را در اختیار سایرین قرار دهند.

اگر این فرم را امضا نکنید، باز هم می توانید از طرح FWB خدمات دریافت کنید. از همه جوانان بالای 13 سالی که به طرح ما ارجاع داده می شوند پرسیده خواهد شد که آیا می خواهند این فرم را امضا کنند، آیا نوع اطلاعات بهداشتی قید شده در این فرم در مورد شما صدق می کند یا خیر.

با امضای این رضایت نامه، موافقت می کنم که افرادی را که در این فرم مشخص نموده ام اجازه دارند اطلاعات پزشکی محرمانه شخصی مرا مشاهده کنند. آنها می توانند با یکدیگر مشورت کنند تا در مدیریت مراقبت بهداشتی به من کمک نمایند. اطلاعات پزشکی محرمانه من ممکن است شامل سوابق بیماری ها یا صدماتی شوند که در حال حاضر دارم یا در گذشته داشتم. سوابق می توانند حاوی نتایج آزمایشات (مانند اشعه ایکس و آزمایشات خون)، داروهایی که در حال حاضر مصرف می کنم یا در گذشته مصرف می کردم، و سوابق مراجعه به بیمارستان، مطب های ارائه دهندگان یا سایر کلینیک ها و/یا مراکز باشد.

من متوجه هستم که با امضای این فرم و دادن آن به مددکار اجتماعی خود یا به طرح FWB، می توانم هر زمان که بخواهم موافقت خود را فسخ نمایم. این امر بر اطلاعاتی که پیشتر به اشتراک گذاشته شده است تأثیر گذار نخواهد بود.

#### بخش 1:

موافقت می کنم که به طرح FWB اجازه دهم اطلاعات بهداشتی من که در زیر علامت زده شده اند را دریافت کرده و در اختیار ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سلامت روان من از جمله مددکار اجتماعی من در سازمان کودکان، جوانان، و خانواده ها (DCYF) و/یا مددکار اجتماعی فعال در حوزه قومی، مراقب فعلی من، و والد(ین) بیولوژیکی من قرار دهد:

تمام سوابق مراجعه کننده من، شامل، اما نه محدود به، سوابق پزشکی، سلامت باروری (به معنی کنترل زاد و ولد، بارداری، و سقط جنین)، نتایج آزمایشات HIV/AIDS و STD/STI، سوابق تشخیص یا درمان (RCW 70.02.220)، سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230)، و سوابق وابستگی شیمیایی (CD) (CFR 42 بخش 2).

یا (اگر بخش 1 تکمیل نشده است، لطفا هر دو قسمت بخش 2 در زیر را کامل کنید)

## اطلاعات محرمانه سلامت

### رضایت نامه یا فسخ

#### Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

**بخش 2: (بخش های 2الف و 2ب باید کامل شوند)**

**2الف.** موافقت می کنم که به طرح FWB اجازه دهم تا اطلاعات بهداشتی من که در زیر علامت زده شده اند را دریافت کرده و تنها در اختیار ارائه دهندگان/والدینی که در زیر با علامت مشخص شده اند قرار دهد:

- نتایج آزمایشات، تشخیص، یا درمان HIV/AIDS و STD/STI (RCW 70.02.220)
- سلامت باروری (خدمات تنظیم خانواده مانند کنترل زاد و ولد و سقط جنین)
- سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230)
- سوابق وابستگی شیمیایی (CD) (CFR 42 بخش 2)

**2ب.** ارائه دهندگان/والدینی که طرح FWB می تواند سوابق شما را در اختیارشان قرار دهد (همه مواردی که صدق می کنند را علامت بزنید):

- ارائه دهندگان پزشکی  مددکار اجتماعی فعلی فعال در حوزه قومی و/یا در DCYF
- ارائه دهندگان سلامت باروری  مراقب فعلی/پدر و مادر خوانده فعلی/مراقبی از میان خویشاوندان
- ارائه دهندگان سلامت روان
- والد(ین) بیولوژیکی (نام و نام خانوادگی را فهرست کنید):
- سایر موارد (فهرست کنید):

همچنین موافقت می کنم که والدین فهرست شده در این فرم می توانند اطلاعات بهداشتی مرا در اختیار یکدیگر قرار دهند اما نمی توانند آن اطلاعات را در اختیار کسی خارج از فهرست قید شده در فرم قرار دهند. اینجانب با **علامت زدن مربع زیر (با استفاده از DSHS 10-489 جدید)، امضای آن،** و دادن آن به مددکار اجتماعی خود یا به طرح FWB می توانم در هر زمان تصمیم خود را تغییر داده و از رضایت خود منصرف شوم. این امر بر اطلاعاتی که پیشتر به اشتراک گذاشته شده اند تأثیری نخواهد داشت.  
حروف اول: \_\_\_\_\_

اطلاعات ویژه فوق تا زمانیکه در مراقبت پرورشگاهی یا فرزند خواندگی هستم، یا تا \_\_\_\_\_ معتبر است، مگر اینکه پیشتر آن را فسخ کرده باشم.  
تاریخ انقضا

من رضایت خود را فسخ می کنم. لطفا بخش امضا زیر را تکمیل نمایید.

امضای مراجعه کننده یا نماینده قانونی مراجعه کننده

تاریخ

ارتباط نماینده قانونی با مراجعه کننده

نام نماینده قانونی با حروف بزرگ

**قابل توجه دریافت کنندگان:** این اطلاعات از سوابق محافظت شده توسط قوانین محرمانگی فدرال، 42 کد قوانین فدرال (CFR)، بخش 2 برای شما افشا شده اند. قوانین فدرال افشای بیشتر این اطلاعات را ممنوع می کند مگر اینکه افشای بیشتر این اطلاعات از طریق موافقت کتبی فردی که اطلاعات با وی مرتبط است یا توسط CFR 42، بخش 2 مجاز شده باشد. تاییدیه کلی برای افشای اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این منظور کافی **نمی باشد**.