

Конфіденційна медична інформація Згода на надання інформації або відкликання згоди Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ КЛІЄНТА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

ДАТА НАРОДЖЕННЯ КЛІЄНТА

Вас було направлено у програму Fostering Well-Being (FWB), щоб наша програма допомогла вам та іншим особам, які забезпечують догляд за вами, зрозуміти ваші медичні потреби. На час розміщення поза родиною дуже важливо, щоб наші постачальники медичних послуг та інші особи, які забезпечують медичний догляд за вами, могли обмінюватись інформацією одне з одним для координації такого догляду. Ваші медичні дані можуть знаходитися в комп'ютерних системах або бути оформленими в письмовому вигляді та містити таку інформацію:

- Інформацію про послуги з планування родини, зокрема послуги з контролю народжуваності та переривання вагітності;
- Інформацію про інфекції, що передаються статевим шляхом (STI), інфекції, отримані через реалізацію статевих відносин, які раніше мали назву «Хвороби, що передаються статевим шляхом (STD)», та/або про HIV/AIDS; та/або
- Інформацію про медикаменти й послуги, пов'язані з лікуванням психічних станів або розладів;
- Інформацію про лікування від залежності від хімічних речовин

Оскільки така медична інформація є приватною, партнери, які мають вашу медичну інформацію, можуть передавати її іншим особам виключно з вашого дозволу, або якщо таке передання передбачене законодавством штату Вашингтон.

Якщо ви не підпишете цю форму, ви все одно матимете право на отримання послуг у програмі FWB. **Усім молодим людям віком від 13 років, направленим для участі в нашій програмі, буде запропоновано підписати цю форму в будь-якому разі, навіть якщо вони не мають інформації наведених вище типів.**

Підписуючи цю форму згоди, я погоджуюсь на те, аби особам, зазначеним мною в цій формі, був наданий дозвіл на перегляд моєї приватної конфіденційної інформації. Ці особи можуть консультуватися одне з одним із метою забезпечення найкращої організації мого медичного догляду. Моя конфіденційна інформація може включати в себе записи про наявні або минулі хвороби, медичні стани або пошкодження. Медична документація може містити результати аналізів (наприклад, рентгенів або аналізів крові), інформацію про препарати, які я приймаю наразі або приймав(-ла) в минулому, так само як і інформацію про мої візити до лікарень, кабінетів постачальників послуг та інших клінік та/або закладів.

Я розумію, що можу відкликати свою згоду в будь-який час, підписавши цю форму та передавши її моєму соціальному співробітнику або до програми FWB. Відкликання згоди не стосуватиметься вже розкритої інформації.

Розділ 1:

Я ДАЮ ЗГОДУ на те, щоб співробітники програми FWB отримували та поширювали мою медичну інформацію, зазначену нижче, моїм постачальникам послуг із лікування медичних або психічних станів, зокрема соціальному співробітникові Департаменту у справах дітей, молоді та родин (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) та/або соціальному співробітникові племені, особі, яка забезпечує поточний медичний догляд за мною, та моїм біологічним батькам:

- Усі мої клієнтські документи, зокрема документи про фізичне здоров'я, стан репродуктивної системи (у тому числі про заходи з контролю народжуваності, вагітність та переривання вагітності), HIV/AIDS та результати аналізів на наявність STD/STI, записи про діагнози та курси лікування (RCW 70.02.220), документи з інформацією про стан психічного здоров'я (RCW 70.02.230) та документи з інформацією про залежність від хімічних речовин (ЗХР) (42 CFR Part 2).

АБО (якщо Розділ 1 не заповнено, прохання заповнити обидві частини наведеного нижче Розділу 2)

Конфіденційна медична інформація Згода на надання інформації або відкликання згоди Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Розділ 2: (Обов'язково заповнити Частини 2А і 2В)

2А. Я ПОГОДЖУЮСЬ надати дозвіл програмі FWB на отримання й передання відміченої нижче інформації про моє здоров'я виключно зазначеним нижче постачальникам послуг:

- Інформація про результати аналізів на HIV/AIDS і STD/STI, інформація про відповідні діагнози або лікування (RCW 70.02.220)
- Інформація про здоров'я репродуктивної системи (послуги з планування родини, такі як контроль народжуваності та переривання вагітності)
- Інформація про стан психічного здоров'я (RCW 70.02.230)
- Інформація про залежність від хімічних речовин (ХЗР) (42 CFR Part 2)

2В. Постачальники / партнери за програмою FWB можуть передавати цю інформацію (відмітити все, що підходить):

- Постачальникам медичних послуг
- Поточному соціальному працівникові Департаменту DCYF та/або племені
- Постачальникам послуг щодо здоров'я репродуктивної системи
- Особі, що надає поточний догляд / патронатним батькам / родичу, що забезпечує догляд
- Постачальникам послуг з догляду за психічним здоров'ям
- Біологічним батькам (зазначити ім'я та прізвище):
- Інше (перелічити):

Я також ПОГОДЖУЮСЬ із тим, що партнери, перелічені у цій формі, можуть передавати мою медичну інформацію одне одному і не можуть передавати її будь-кому поза списком у цій формі. Я можу передумати й відкликати свою згоду в будь-який час, **відмітивши поле нижче (у новій формі DSHS 10-489) підписавши форму** та передавши її моєму соціальному співробітнику або до програми FWB. Відкликання згоди не стосуватиметься вже розкритої інформації. Ініціали: _____

Якщо згоду не відкликано, зазначена вище відповідна інформація діє до тих пір, поки я не залишу патронатну родину, або до _____
ЗАКІНЧЕННЯ ТЕРМІНУ ПРИДАТНОСТІ

Я бажаю відкликати свою згоду. Заповніть наступний розділ для підпису.

ПІДПИС КЛІЄНТА АБО ОФІЦІЙНОГО ПРЕДСТАВНИКА КЛІЄНТА

ДАТА

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ОФІЦІЙНОГО ПРЕДСТАВНИКА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ

ВІДНОШЕННЯ ОФІЦІЙНОГО ПРЕДСТАВНИКА ДО КЛІЄНТА

Повідомлення отримувачам інформації: Цю інформацію передано вам з документів, на які розповсюджуються федеральні вимоги про забезпечення конфіденційності згідно положенням Частині 2 Збірки федеральних норм та правил 42 (42 Code of Federal Regulations (CFR), Part 2). Федеральні вимоги забороняють подальше передання такої інформації без спеціальної письмової згоди особи, якої вона стосується, або без будь якої іншої підстави, згаданої в Частині 2 розділу 42 CFR. Загальної згоди на передання медичної та іншої інформації для цього **НЕДОСТАТНЬО**.