

Thông Tin Y Tế Mật

Đồng Ý hoặc Rút Lại Đơn Ứng Thuận

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

VIẾT IN TÊN THÂN CHỦ

NGÀY SINH CỦA THÂN CHỦ

Quý vị đã được chuyển đến chương trình Dịch Vụ Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Khỏe Mạnh (FWB) để chương trình của chúng tôi có thể trợ giúp quý vị và những người khác có liên quan đến việc chăm sóc của quý vị hiểu được các nhu cầu sức khỏe của quý vị. Trong khi bố trí chăm sóc ngoài nhà, điều quan trọng là các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và những người khác có liên quan đến việc chăm sóc của quý vị có thể trao đổi với nhau để phối hợp chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đôi khi, hồ sơ sức khỏe của quý vị có thể có trong hệ thống máy tính hoặc bằng văn bản và bao gồm thông tin về:

- Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như sinh đẻ có kế hoạch và phá thai;
- Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (STI), các bệnh lây truyền mà quý vị có thể mắc phải từ việc quan hệ tình dục, trước đó được gọi là "Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (STD)" và/hoặc HIV/AIDS; và/hoặc
- Các loại thuốc chữa bệnh và dịch vụ Sức Khỏe Tâm Thần;
- Các dịch vụ Điều Trị Việc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện

Bởi vì các loại thông tin y tế này là riêng tư, các thành viên có thông tin y tế của quý vị không thể cung cấp thông tin y tế này cho những người khác trừ khi quý vị đồng ý hoặc luật lệ Tiểu Bang Washington nêu rằng họ có thể cung cấp thông tin cho những người khác.

Nếu không ký vào mẫu đơn này, quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ từ chương trình FWB. **Tất cả thiếu niên trên 13 tuổi được chuyển đến chương trình của chúng tôi sẽ được hỏi xem họ có muốn ký vào mẫu đơn này hay không, dù loại thông tin y tế trong mẫu đơn này có áp dụng cho quý vị hay không.**

Bằng cách ký tên vào đơn ửng thuận này, tôi đồng ý rằng những người tôi đã xác định trên mẫu đơn này được phép xem thông tin y tế mật và riêng tư của tôi. Họ có thể bàn bạc với một người nào khác để giúp tôi quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Thông tin y tế mật của tôi có thể bao gồm các hồ sơ về bệnh tật hoặc thương tích mà tôi hiện có hoặc đã có trong quá khứ. Các hồ sơ có thể bao gồm kết quả xét nghiệm (như X-quang và xét nghiệm máu), thuốc điều trị mà tôi hiện đang sử dụng hoặc đã sử dụng trước đó và các hồ sơ từ các cuộc thăm khám tại bệnh viện, phòng khám bác sĩ hoặc đường đường và/hoặc cơ sở khám chữa bệnh khác.

Tôi hiểu tôi có thể rút lại đơn ửng thuận của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách ký vào mẫu đơn này và gửi đến cho Nhân Viên Xã Hội của mình hoặc chương trình FWB. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.

Mục 1:

Tôi ĐỒNG Ý cho phép chương trình FWB nhận và chia sẻ thông tin y tế của tôi được đánh dấu dưới đây với các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần bao gồm Nhân Viên Xã Hội của Sở Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên và Gia Đình (DCYF) và/hoặc Nhân Viên Xã Hội của Bộ Lạc, Nhân Viên Giữ Trẻ hiện tại và (các) Cha Mẹ Ruột của tôi:

- Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi, bao gồm, nhưng không giới hạn về, Y Tế, Sức Khỏe Sinh Sản (nghĩa là sinh đẻ có kế hoạch, mang thai và phá thai), các kết quả xét nghiệm, hồ sơ chẩn đoán hoặc điều trị HIV/AIDS và STD/STI (RCW 70.02.220), hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 70.02.230) và hồ sơ Điều Trị Việc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (CD) (42 CFR Phần 2).

HOẶC (nếu Mục 1 không hoàn tất, xin hoàn tất cả hai phần của Mục 2 dưới đây)

Thông Tin Y Tế Mật

Đồng Ý hoặc Rút Lại Đơn Ứng Thuận

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Mục 2: (Mục 2A và 2B phải được hoàn tất)

2A. TÔI ĐỒNG Ý cho phép chương trình FWB nhận và chia sẻ về thông tin y tế của tôi được đánh dấu dưới đây chỉ với các Nhà Cung Cấp / Đối Tác đó được đánh dấu dưới đây:

- Các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị HIV/AIDS và STD/STI (RCW 70.02.220)
- Sức Khỏe Sinh Sản (các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình chẳng hạn như sinh đẻ có kế hoạch và phá thai)
- Hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 70.02.230)
- Hồ sơ Điều Trị Việc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (CD) (42 CFR Phần 2)

2B. Các Nhà Cung Cấp / Đối Tác mà chương trình FWB có thể chia sẻ hồ sơ của quý vị (đánh dấu tất cả mục thích hợp):

- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế
- Nhân Viên Xã Hội DCYF và/hoặc Nhân Viên Xã Hội của Bộ Lạc hiện tại
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Sức Khỏe Sinh Sản
- Nhân Viên Giữ Trẻ / Cha Mẹ Nuôi / Thân Nhân Chăm Sóc hiện tại
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần
- (Các) Cha Mẹ Ruột (liệt kê tên và họ):
- Khác (liệt kê):

Tôi cũng ĐỒNG Ý rằng các đối tác được liệt kê trong mẫu đơn này có thể chia sẻ thông tin y tế của tôi với nhau và không thể chia sẻ thông tin cho bất kỳ người nào không được liệt kê trong mẫu đơn này. Tôi có thể thay đổi ý kiến và lấy lại đơn ứng thuận của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách **đánh dấu vào ô dưới đây (sử dụng DSHS 10-489 mới), ký vào mẫu đơn** và gửi đến cho Nhân Viên Xã Hội của mình hoặc chương trình FWB. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ. Chữ ký tắt: _____

Trừ khi trước đây tôi đã rút lại đơn, thông tin cụ thể trên đây có hiệu lực cho đến khi tôi không còn được chăm sóc nuôi dưỡng nữa, hoặc cho đến khi _____.

NGÀY HẾT HẠN

Tôi rút lại đơn ứng thuận của tôi. Xin hoàn tất các mục ký tên sau đây.

CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA THÂN CHỦ NGÀY

VIẾT IN TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP

MỐI QUAN HỆ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP
VỚI THÂN CHỦ

Thông Báo cho Người Nhận: Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ theo các luật bảo mật của liên bang, Các Quy Định Của Bộ Luật Liên Bang (CFR) Tiêu Đề 42, Phần 2. Các luật liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ mục nào của thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép tuyệt đối bằng văn bản ứng thuận của người có liên quan hoặc về mặt khác còn được cho phép bởi CFR Tiêu Đề 42 Phần 2. Một sự ủy quyền chung về việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là **KHÔNG** đủ cho mục đích này.