

Consimțământ Consent

Notificare pentru clienți: Departamentul de servicii sociale și de sănătate (DSHS) vă poate acorda mai mult ajutor în cazul în care putem lucra cu alte agenții și profesioniști care vă cunosc pe dvs. și pe familia dvs. Prin semnarea acestui formular, permiteți DSHS, agenților și persoanelor fizice enumerate mai jos să utilizeze și să partajeze informațiile confidențiale referitoare la dvs. DSHS nu poate refuza să vă acorde beneficiile în cazul în care nu semnați acest formular, cu excepția cazului în care consimțământul dvs. este necesar în vederea stabilirii eligibilității. În cazul în care nu semnați acest formular, DSHS poate, totuși, să partajeze informațiile referitoare la dvs. în măsura permisă de lege. În cazul în care aveți întrebări cu privire la modul în care DSHS partajează informațiile confidențiale referitoare la clienți sau cu privire la drepturile dvs. la respectarea vieții private, vă rugăm să consultați Informarea DSHS privind practicile referitoare la protecția vieții private sau să întrebați persoana care vă oferă acest formular.

Identificarea clientului

NUME	DATA NAȘTERII	NUMĂRUL DE IDENTIFICARE:	
ADRESĂ	ORAȘUL	STATUL	CODUL POȘTAL
NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUSIV PREFIXUL)	ALTE INFORMAȚII		

Consimțământ

Îmi exprim consimțământul cu privire la utilizarea informațiilor confidențiale care mă privesc în cadrul DSHS, în vederea planificării, furnizării și coordonării serviciilor, tratamentului, plăților și beneficiilor acordate mie sau în alte scopuri autorizate de lege. Totodată, permit DSHS și agenților, furnizorilor sau persoanelor enumerate mai jos să utilizeze informațiile confidențiale care mă privesc și să le divulge reciproc în aceste scopuri. Informațiile pot fi partajate verbal sau electronic, prin poștă sau prin livrare personală.

Vă rugăm să bifați toate entitățile de mai jos incluse în acest formular de consimțământ pe lângă DSHS și să le identificați prin nume și adresă:

- Furnizori de servicii de sănătate: _____
- Furnizori de servicii de sănătate mentală: _____
- Furnizori de servicii privind tulburările legate de consumul de substanțe: _____
- Alți furnizori pe bază de contract ai DSHS: _____
- Programe privind locuințele: _____
- Districte școlare sau colegii: _____
- Departamentul de corecții: _____
- Departamentul pentru siguranța la locul de muncă și partenerii săi privind ocuparea forței de muncă: _____
- Administrația Asigurărilor Sociale sau altă agenție federală: _____
- Consultați lista anexată
- Altele: _____

Motivul divulgării: Continuitatea îngrijirii Juridic Personal Altul:

Autorizez și îmi exprim consimțământul cu privire la partajarea următoarelor înregistrări și informații (bifați-le pe toate cele care se aplică):

- Toate înregistrările mele de client Înregistrări în lista anexată
- Doar înregistrările următoare
 - Istoricul familial, social și al locurilor de muncă
 - Planuri de tratament sau îngrijire
 - Datele de identificare a plății
 - Evaluări individuale
 - Școală, educație și formare
 - Furnizori de servicii de sănătate mentală (specificați):
 - Informații privind asistența medicală (specificați):
 - Altele (indicați):

Atenție: În cazul în care înregistrările dvs. de client includ oricare dintre următoarele informații, trebuie să completați această secțiune, pentru a include aceste înregistrări.

Permit publicarea următoarelor înregistrări (bifați-le pe toate cele care se aplică):

- Sănătate mentală Rezultate teste, diagnostic și tratament HIV/SIDA și BTS (boli cu transmitere sexuală)
 Tulburări legate de consumul de substanțe

- Acest consimțământ este valabil o perioadă de un an sau până la _____ (data sau evenimentul).
- Pot revoca sau retrage acest consimțământ în orice moment, în scris, dar aceasta nu va aduce atingere niciunei informații partajate deja.
- Înțeleg că înregistrările partajate în temeiul acestui consimțământ nu mai pot fi protejate în temeiul legilor care se aplică DSHS.
- Un exemplar al acestui formular este valabil pentru a-mi da permisiunea să se partajeze înregistrările.

SEMNĂTURĂ		DATA
SEMNĂTURĂ MARTOR/ NOTAR, DACĂ ESTE CAZUL	NUMELE ÎN CLAR AL MARTORULUI/ NOTARULUI	DATA
SEMNĂTURA PĂRINTELUI SAU A ALTUI REPREZENTANT (DACĂ ESTE CAZUL)	NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUSIV PREFIXUL)	DATA

În cazul în care nu fac obiectul înregistrărilor, sunt autorizat să semnez deoarece sunt: (anexați dovada autorizării)

- Părinte Tutore legal (anexați decizia instanței) Reprezentant personal Altele:

Notificare către destinatarul informațiilor: În cazul în care aceste înregistrări conțin informații cu privire la HIV, BTS (boli cu transmitere sexuală), sau SIDA, nu puteți divulga acele informații fără permisiunea expresă a clientului. În cazul ați primit informații referitoare la **abuzul de droguri sau de alcool** de către client, trebuie să includeți următoarea declarație atunci când divulgați informații în conformitate cu 42 CFR 2.32:

Aceste informații v-au fost divulgate din înregistrări protejate de normele federale privind confidențialitatea (42 CFR partea 2). Normele federale vă interzic să divulgați în continuare aceste informații, cu excepția cazului în care divulgarea ulterioară este permisă în mod expres prin consimțământul scris al persoanei la care se referă sau în alt mod permis de 42 CFR partea 2. O autorizare generală privind eliberarea de informații medicale sau a altor informații NU este suficientă în acest sens. Normele federale restricționează orice utilizare a informațiilor în vederea cercetării sau urmăririi penale a oricărui pacient care a abuzat de droguri sau de alcool.

Instrucțiuni pentru completarea formularelor de consimțământ, DSHS 14-012

Utilizare: Utilizați acest formular atunci când aveți nevoie de consimțământ în vederea utilizării sau partajării informațiilor confidențiale referitoare la un client, în mod continuu, în cadrul DSHS sau pentru a divulga aceste informații altor agenții în vederea coordonării serviciilor sau pentru tratament, plată sau operațiuni ale agenției sau pentru alte scopuri recunoscute de lege.

Completați acest formular electronic, dacă este posibil. Trebuie să completați **un formular separat pentru fiecare persoană, inclusiv pentru copii.**

Părțile formularului:

IDENTIFICARE:

- **Nume:** Precizați numele unui singur client pe fiecare formular. Includeți orice nume anterioare pe care clientul le-ar fi utilizat la momentul primirii serviciilor.
- **Data nașterii:** Necesară pentru identificarea clientului în cazul în care există persoane cu nume similare.
- **Numărul de identificare:** Furnizați un număr de identificare a clientului sau alt identificator, cum ar fi numărul de securitate socială (nu este obligatoriu) pentru a ajuta la identificarea înregistrărilor și la urmărirea istoricului și a serviciilor primite.
- **Altele:** Includeți în această casetă orice informații suplimentare care pot ajuta la localizarea înregistrărilor, cum ar fi părți ale DSHS implicate în servicii, nume ale membrilor familiei sau alte informații relevante.

CONSIMȚĂMÂNT (AUTORIZARE):

- **Agenții sau persoane care fac schimb de înregistrări:** Acest formular completat permite: (1) utilizarea și divulgarea de informații confidențiale în cadrul DSHS și cu agențiile sau persoanele enumerate; și (2) divulgarea de informații confidențiale către DSHS de către agențiile sau persoanele externe enumerate. De asemenea, puteți anexa o listă a agențiilor cărora le este permis să partajeze informații, pe care trebuie să o semneze și clientul.
- **Informații incluse:** Clientul trebuie să precizeze înregistrările care fac obiectul consimțământului. Clientii pot pune la dispoziție toate înregistrările sau pot limita înregistrările incluse în funcție de dată, tip sau sursă a înregistrării. În cazul în care un client nu semnează un formular de consimțământ sau nu specifică o anumită înregistrare, partajarea acelei înregistrări va fi, totuși, autorizată, dacă este permisă de lege. Puteți anexa o listă a înregistrărilor vizate, pe care și clientul trebuie să o semneze. În cazul în care orice înregistrări includ informații cu privire la sănătatea mentală (RCW 71.05.620), testarea sau tratamentul HIV/SIDA sau BTS (RCW 70.02.220) sau cu privire la serviciile legate de droguri sau alcool (42 CFR 2.31(a)(5)), clientul trebuie să bifeze acele domenii în mod expres, pentru a permite partajarea acestor înregistrări. Acest formular nu este valabil pentru includerea notelor de psihoterapie în temeiul 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); un formular separat trebuie să fie completat pentru a include acele înregistrări.
- **Durata:** Includeți o dată de expirare a consimțământului, dacă aceasta este diferită de un an. Consimțământul va expira peste un an, cu excepția cazului în care precizați o dată diferită.
- **Înțelegere:** Fiți sigur că clientul înțelege ce permisiune acordă și modul și motivul pentru care informațiile vor fi partajate. Dacă este necesar, utilizați un formular tradus și un interpret sau citiți formularul cu voce tare. În cazul în care clientul are nevoie de mai multe informații, utilizați un exemplar suplimentar al Informării DSHS privind practicile referitoare la protecția vieții private sau îndrumați clientul către responsabilul cu divulgarea către public din cadrul unității dvs.

SEMNĂTURI:

- **Client:** Solicitați clientului sau copilului care a atins vârsta consimțământului (13 în cazul serviciilor privind sănătatea mentală și alcoolul și drogurile; 14 în cazul HIV/SIDA și al altor BTS; orice vârstă în cazul controlului nașterilor și pentru avorturi; 18 în cazul asistenței medicale și al altor înregistrări) să semneze această casetă și introduceți data semnăturii. Clientul poate înlocui o bifă în această casetă pe care o atestați.
- **Martor sau Notar:** Un martor sau un notar poate fi necesar pentru a verifica identitatea clientului, în cazul în care clientul nu depune personal acest formular sau în cazul în care un program presupune verificarea. Această persoană trebuie să semneze și să-și scrie numele în clar.
- **Părinte sau alt reprezentant:** În cazul în care clientul este un copil care nu a împlinit vârsta consimțământului, trebuie să semneze un părinte sau un tutore. În cazul în care copilul nu a împlinit vârsta consimțământului în vederea partajării tuturor înregistrărilor, trebuie să semneze atât copilul, cât și părintele. În cazul în care clientul a fost declarat lipsit de capacitate juridică, tutorele numit de instanță trebuie să semneze și să furnizeze o copie a deciziei de numire. În cazul în care cineva semnează în altă calitate (inclusiv o persoană cu procură sau un administrator), bifați „altele” și obțineți o copie a autorității legale de acțiune. Persoana care semnează trebuie să dateze semnătura și să ofere un număr de telefon sau informații de contact.