

## Đồng ý Consent

**Thông Báo cho Các Thân Chủ:** Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (DSHS) có thể giúp quý vị tốt hơn nếu chúng tôi có thể làm việc với các cơ quan và chuyên gia khác biết quý vị và gia đình quý vị. Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, quý vị cho phép DSHS và các cơ quan và cá nhân được liệt kê dưới đây sử dụng và chia sẻ thông tin bí mật về quý vị. DSHS không thể từ chối quyền lợi của quý vị nếu quý vị không ký vào mẫu đơn này trừ khi cần có sự đồng ý của quý vị để xác định xem quý vị có đủ đủ điều kiện không. Nếu quý vị không ký vào mẫu đơn này, DSHS vẫn có thể chia sẻ thông tin về quý vị trong phạm vi luật pháp cho phép. Nếu quý vị có thắc mắc về cách DSHS chia sẻ thông tin bí mật của khách hàng hoặc quyền riêng tư của mình, vui lòng tham khảo Thông báo về Thực hiện Quyền riêng tư của DSHS hoặc yêu cầu cung cấp cho quý vị mẫu đơn này.

### Nhận dạng Thân chủ

TÊN	NGÀY SINH	SỐ CĂN CƯỚC	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG
SỐ ĐIỆN THOẠI (BAO GỒM MÃ VÙNG)	THÔNG TIN KHÁC		

### Đồng ý

Tôi đồng ý sử dụng thông tin bí mật về tôi trong DSHS để lập kế hoạch, cung cấp và điều phối các dịch vụ, việc điều trị, thanh toán và phúc lợi cho tôi hoặc cho các mục đích khác được pháp luật cho phép. Tôi cũng cho phép DSHS và các cơ quan, nhà cung cấp hoặc cá nhân được liệt kê dưới đây sử dụng thông tin bí mật của tôi và tiết lộ cho nhau cho những mục đích này. Thông tin có thể được chia sẻ bằng lời nói hoặc điện tử, qua đường bưu điện, hoặc trao tay.

Vui lòng kiểm tra tất cả các mục bên dưới để xem những người được nhận sự đồng ý này ngoài DSHS và xác định họ theo tên và địa chỉ:

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: \_\_\_\_\_
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần: \_\_\_\_\_
- Nhà cung cấp dịch vụ liên quan đến rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện: \_\_\_\_\_
- Nhà cung cấp ký hợp đồng với DSHS khác: \_\_\_\_\_
- Chương trình nhà ở: \_\_\_\_\_
- Khu học chánh hoặc trường đại học/cao đẳng: \_\_\_\_\_
- Sở Cải Huấn: \_\_\_\_\_
- Sở Trợ Cấp Thất Nghiệp và các đối tác giới thiệu việc làm của sở: \_\_\_\_\_
- Sở An Sinh Xã Hội hoặc cơ quan khác của liên bang: \_\_\_\_\_
- Xem danh sách kèm theo
- Khác: \_\_\_\_\_

Lý Do Tiết Lộ:  Chăm sóc liên tục  Luật pháp  Cá nhân  Khác:

Tôi cho phép và đồng ý chia sẻ các hồ sơ và thông tin sau đây (đánh dấu tất cả mục thích hợp):

- Tất cả hồ sơ của thân chủ tôi  Các hồ sơ trong danh sách kèm theo
- Chỉ các hồ sơ sau đây
  - Lịch sử gia đình, xã hội và việc làm
  - Các chương trình điều trị và chăm sóc
  - Hồ sơ thanh toán
  - Đánh giá cá nhân
  - Học vấn, giáo dục và huấn luyện
  - Thông tin chăm sóc sức khỏe tâm thần (chỉ rõ):
  - Thông tin chăm sóc sức khỏe (chỉ rõ):
  - Khác (liệt kê):

**Xin lưu ý:** Nếu hồ sơ của thân chủ quý vị gồm có bất kỳ thông tin nào sau đây, quý vị cũng phải hoàn tất mục này để bao gồm các hồ sơ này.

Tôi cho phép tiết lộ các hồ sơ sau đây (đánh dấu tất cả nếu thích hợp):

- Sức khỏe tâm thần       Và các kết quả xét nghiệm HIV/AIDS và STD, chẩn đoán hoặc điều trị
- Rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện

- Việc đồng ý này hợp lệ trong vòng một năm hoặc  cho đến khi \_\_\_\_\_ (ngày hoặc sự kiện).
- Tôi có thể hủy bỏ hoặc rút lại việc đồng ý này vào bất kỳ lúc nào bằng văn bản, nhưng điều đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.
- Tôi hiểu rằng các hồ sơ được chia sẻ theo sự đồng ý này có thể không còn được bảo vệ theo luật áp dụng cho DSHS.
- Một bản sao mẫu đơn này có hiệu lực về việc cho phép tiết lộ các hồ sơ của tôi.

CHỮ KÝ		NGÀY
CHỮ KÝ NHẬN CHỨNG / CÔNG CHỨNG VIÊN NẾU CÓ	TÊN VIẾT HOA NHẬN CHỨNG / CÔNG CHỨNG VIÊN	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC ĐẠI DIỆN KHÁC (NẾU CÓ)	SỐ ĐIỆN THOẠI (BAO GỒM MÃ VÙNG)	NGÀY

Nếu tôi không phải là đối tượng trong các hồ sơ, tôi được phép ký tên bởi vì tôi là: (kèm theo bằng chứng có thẩm quyền)

- Phụ huynh       Người Giám Hộ Hợp Pháp (kèm theo lệnh tòa)       Đại diện cá nhân       Khác:

**Thông báo cho Người nhận Thông tin:** Nếu các hồ sơ này có thông tin về HIV, STD, hoặc AIDS, quý vị không thể tiết lộ thêm thông tin đó mà không có sự cho phép cụ thể của thân chủ. Nếu quý vị đã nhận được thông tin liên quan đến việc lạm dụng ma túy hoặc rượu bia của thân chủ, quý vị phải bao gồm báo cáo sau đây khi tiết lộ thêm thông tin theo quy định của 42 CFR 2.32:

Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ theo các luật bảo mật Liên Bang (42 CFR 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 đồng ý của người có liên quan hoặc về mặt cách khác còn được cho phép bởi 42 CFR phần 2. Một sự cho phép chung về việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là KHÔNG đủ cho mục đích này. Các luật Liên Bang nghiêm cấm bất kỳ việc sử dụng thông tin nào để điều tra tội phạm hoặc truy tố bất kỳ bệnh nhân nào lạm dụng ma túy hoặc rượu bia.

## Hướng dẫn Hoàn thành Mẫu đơn Đồng ý, DSHS 14-012

**Sử Dụng:** Sử dụng mẫu đơn này khi quý vị cần sự đồng ý để sử dụng hoặc chia sẻ thông tin bí mật về khách hàng trên cơ sở liên tục về khách hàng trong DSHS hoặc để tiết lộ thông tin đó cho các cơ quan khác để điều phối dịch vụ hoặc cho việc điều trị, thanh toán hoặc hoạt động của đại lý hoặc cho các mục đích khác được luật pháp công nhận.

Điền vào mẫu đơn này dưới dạng điện tử nếu có thể. Quý vị phải hoàn thành **một mẫu đơn riêng cho từng người, kể cả trẻ em.**

### Các Phần của Mẫu Đơn:

#### NHÂN DẠNG:

- **Tên:** Chỉ cung cấp tên của một thân chủ trên mỗi mẫu đơn. Bao gồm bất kỳ tên trước đây mà thân chủ có thể đã sử dụng khi nhận các dịch vụ.
- **Ngày Sinh:** Cần để nhận dạng thân chủ từ những người có cùng tên.
- **Số Căn Cước:** Cung cấp số căn cước của thân chủ hoặc số nhận dạng khác như số an sinh xã hội (không bắt buộc) để giúp xác định hồ sơ và theo dõi quá trình và các dịch vụ nhận được.
- **Chứng Từ Khác:** Hãy điền vào ô này bất kỳ thông tin bổ sung nào có thể giúp xác định hồ sơ, chẳng hạn như DSHS liên quan đến các dịch vụ, tên của các thành viên gia đình, hoặc thông tin liên quan khác.

#### SỰ ĐỒNG Ý (SỰ CHO PHÉP):

- **Các cơ quan hoặc những người trao đổi hồ sơ:** Mẫu đơn đã hoàn thành này cho phép: (1) việc sử dụng và tiết lộ thông tin bí mật bên trong DSHS và với các cơ quan hoặc những người được liệt kê; và (2) tiết lộ thông tin bí mật cho DSHS bởi các cơ quan hoặc những người bên ngoài được liệt kê. Quý vị cũng có thể kèm theo một danh sách các cơ quan được phép chia sẻ thông tin mà thân chủ cũng phải ký tên.
- **Thông tin được bao gồm:** Thân chủ phải nói rõ bao gồm hồ sơ nào được đồng ý. Thân chủ có thể cung cấp tất cả hồ sơ hiện có hoặc có thể giới hạn các hồ sơ đã được bao gồm theo ngày, loại hoặc nguồn hồ sơ. Nếu một thân chủ không thể ký tên đồng ý hoặc không nói rõ hồ sơ đặc biệt, việc chia sẻ hồ sơ đó sẽ vẫn được cho phép nếu được quy định theo luật pháp. Quý vị cũng có thể kèm theo một danh sách các hồ sơ được bao gồm mà thân chủ cũng phải ký tên. Nếu bất kỳ hồ sơ nào bao gồm thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần (RCW 71.05.620), xét nghiệm hoặc điều trị HIV/AIDS hay STD (RCW 70.02.220), hoặc các dịch vụ cai nghiện ma túy hoặc rượu bia (42 CFR 2.31(a)(5)), thân chủ phải đánh dấu các phạm vi này cụ thể để cho phép chia sẻ các hồ sơ này. Việc bao gồm trong mẫu đơn này các ghi chú trị liệu tâm lý theo 45 CFR 164.508 (b)(3)(ii) là không hợp lệ; một mẫu đơn riêng phải được hoàn thành để bao gồm các hồ sơ đó.
- **Thời hạn:** Bao gồm ngày hết hạn cho sự đồng ý, nếu không phải là một năm. Sự đồng ý sẽ hết hạn sau một năm trừ khi quý vị xác định một ngày khác.
- **Hiểu biết:** Bảo đảm thân chủ hiểu sự cho phép nào đang được chấp nhận và cách thức và vì sao có thể chia sẻ thông tin. Nếu cần, hãy sử dụng một mẫu đơn đã được dịch và phiên dịch viên hoặc đọc to mẫu đơn này. Nếu thân chủ cần thêm thông tin, hãy cung cấp một bản sao bổ sung của Thông báo về Thực hiện Quyền riêng tư của DSHS hoặc giới thiệu thân chủ đến nhân viên phụ trách tiết lộ công khai cho đơn vị của quý vị

#### CHỮ KÝ:

- **Thân chủ:** Yêu cầu thân chủ hoặc một trẻ trên độ tuổi đồng ý (13 tuổi đối với các dịch vụ sức khỏe tâm thần và điều trị cai nghiện ma túy và rượu bia; 14 tuổi đối với HIV/AIDS và các STD khác; bất kỳ độ tuổi nào đối với sinh đẻ có kế hoạch và phá thai; 18 tuổi đối với hồ sơ chăm sóc sức khỏe và hồ sơ khác) ký tên vào ô này và ghi ngày ký. Thân chủ có thể thay thế một dấu trong ô này mà quý vị chứng kiến.
- **Nhân chứng hoặc Công chứng viên:** Có thể cần nhân chứng hoặc công chứng viên để xác minh danh tính của thân chủ nếu thân chủ không trực tiếp gửi mẫu đơn này hoặc nếu một chương trình yêu cầu xác minh. Người này sẽ ký và viết in tên của mình.
- **Phụ Huynh hoặc Đại Diện Khác:** Nếu thân chủ là một trẻ dưới độ tuổi đồng ý, phụ huynh hoặc người giám hộ phải ký tên. Nếu trẻ không đáp ứng độ tuổi đồng ý về tất cả hồ sơ sẽ được chia sẻ, cả trẻ này và phụ huynh đều phải ký tên. Nếu thân chủ đã được nói rõ không đủ thẩm quyền pháp lý, tòa sẽ chỉ định người giám hộ phải ký tên và cung cấp một bản sao lệnh chỉ định. Nếu người nào đó sẽ ký tên với một tư cách khác (kể cả một người được ủy quyền hoặc đại diện phụ trách bất động sản), hãy đánh dấu vào ô "khác" và lấy một bản sao thẩm quyền hành động hợp pháp. Người sẽ ký tên phải ghi ngày ký và cung cấp số điện thoại hoặc thông tin liên hệ.