ሚስጥራዊ የጤና መረጃ የስምምነት ስምምነት ወይም መቋረጥ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ደንበኛውን ስም ይፃፉ	የደንበኛው የትውልድ ቀን

የኛ ፕሮግራም ሊያግዞት እንዲችልና ሌሎች በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ የተካተቱ የእርስዎን የጤና ፍላጉት ይረዱ ዘንድ ወዴ ፎስተርንግ ዌል-ብንግ (FWB) ፕሮገራም ሪፈር ተደርገዋል። ከቤት ውጪ ምድብ ውስጥ በሚኮንበት ጊዜ፥ የጤና እንክብካቤዎን ለማቀናጀት የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ እና ሌሎች በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ የተካተቱት እርስ በእርሳቸው መነጋገር መቻል አለባቸው። አንድ አንድ ጊዜም፥ የጤና መረጃዎችዎ በኮምፕዩተር ስስተም ላይ ወይም በጽሑፍ ሊሆን የሚችል ሆኖ ስለእነዚህ መረጃዎች ሊያካትት ይችላል፡

- እንደ የወሊድ መቆጣጠሪያና ፅንስ ማቋረጥ ያሉት የቤተሰብ ምጣኔ አገልግሎቶች፤
- በጾታዊ ግንኙነት የሚተላለፉ ኢንፌክሽኖች (STI)፣ ቀደም ሲል በግብረ ሥጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች (STD) እና/ወይም ኤችአይቪ/ኤድስ በመባል የሚታወቁት የግብረ ሥጋ ግንኙነት በማድረግ ሊይዟቸው የሚችሏቸው ኢንፌክሽኖች ወይም ሁኔታዎች ናቸው፤ እና/ወይም
- የአእምሮ / የባህሪ ጤና ሕክምና እና አገልግሎቶች፤ እና/ወይም
- የአደንዘዥ እፅ አጠቃቀም መዛባት አገልግሎቶች

እነዚህ ዓይነት ሚስጥራዊ መረጃዎች የግል ስለሆኑ፣ ሚስጥራዊ መረጃዎን የያዙ አጋሮች እርስዎ ካልተስማሙ ወይም የዋሽንግተን ስቴት ሕግ ሚስጥራዊ መረጃውን ከሌሎች ሰዎች ጋር ማጋራት እንደሚችሉ እስካልተናገሩ ድረስ ለሌሎች ሰዎች ማጋራት አይችሉም።

ይህንን ፎርም ካልፈረሙ፥ አሁንም ከFWB ፕሮግራም አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። **በፕሮግራማችን ውስጥ የተጠቀሱ ከ13 ዓመት በላይ የሆኑ ሁሉም ወጣቶች በዚህ ቅጽ ውስጥ ያለው ሚስጥራዊ መረጃ ለእርስዎ የሚመለከት ይሁን አይሁን በዚህ ቅጽ ላይ መፈረም ይፈልጉ እንደሆነ ይጠየቃሉ።**

ይህንን ስምምነት በመፈረም፣ በዚህ ቅጽ ላይ የለየኋቸው ሰዎች የግል ሚስጥራዊ መረጃዬን የማየት ፈቃድ እንዳላቸው እስማማለሁ። የጠና እንክብካቤዬን ለማስኬድ ሊያግዙኝ ከእርስ በርሳቸው ጋር መመካከር ይችላሉ። ሚስጥራዊ መረጃዬ አሁን ወይም ከዚህ በፊት የነበሩብኝን ሕመሞች ወይም ጉዳቶችን የሚመለከቱ መዝገቦችን ሊያካትት ይችላል። መረጃዎች ሊያካትቱ የሚችሉት የምርመራ ውጤቶች (እንዴ X-ሬይ እና የደም ምርመራ)፥ አሁን የሚውሰዳቸውና ከዚህን በፊት የወስድኳቸው መድኃኒቶች፥ እና ወዴ ሆስፕታሎች፥ አቅራቢ ማለሙያዎች ወይም ሌላ ክሊኒኮች እና/ወይም ተቋማት መሄደ ተመዝግበው ያሉትን ይጨምራል።

ይህንን ቅጽ በመፈረም እና ለጉዳይ ሰራተኛዬ ወይም ለFWB ፕሮግራም በመስጠት በማንኛውም ጊዜ ፈቃዴን መሰረዝ እንደምችል ተረድቻለሁ። ይህ አስቀድሞ የተጋራ መረጃን አይጎዳም።

ክፍል 1፡

የFWB ፕሮግራም ከዚህ በታች ምልክት የተደረገበትን ሚስጥራዊ መረጃዬን ከአቅራቢዎቼና ከክሊኒካሎቼ ጋር እንዲቀበልና እንዲያጋራ **<u>እፈቅዳለሁ</u>**፤ ይህም የህጻናት፣ የወጣቶች እና የቤተሰቦች መምሪያ (DCYF) የጉዳይ ሰራተኛ እና/ወይም የጎሳ ማህበራዊ ሰራተኛ፣ የአሁኑ ተንከባካቢዬ እና የባዮሎጂካል ወላጅ(ዎች)ን ያካትታል።

☐ ሁሉም የደንበኛዬ መዝገቦች፣ የሕክምና፣ የስነ-ተዋልዶ ጤና (ለምሳሌ የወሊድ መቆጣጠሪያ፣ እርግዝና እና ፅንስ ማስወረድ)፣ የኤችአይቪ/ኤድስ እና የSTD/STI ምርመራ ውጤቶች፣ የምርመራ ወይም የሕክምና መዝገቦች (RCW 70.02.220)፣ የአእምሮ ጤና መዝገቦች (RCW 70.02.230) እና የአደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት መዝገቦችን (42 CFR ክፍል 2) ጨምሮ፣ ነገር ግን በእነዚህ ብቻ የተወሰነ አይደለም።

ወይም (ክፍል 1 ካልተጠናቀቀ፣ እባክዎትን የክፍል 2 ሁለቱንም ክፍሎች ይሙሉ)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ሚስጥራዊ የጤና መረጃ የስምምነት ስምምነት ወይም መቋረጥ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ክፍል 2፡ (ክፍል 2A እና 2B መጠናቀቅ አለባቸው)

2ለ. የFWB ፕሮግራም ከዚህ በታች ምልክት የተደረገባቸውን አቅራቢዎች/ኣጋሮች ብቻ በመጠቀም ስለጤንነቴ መረጃ እንዲቀበል እና እንዲያጋራ **እፈቅዳለሁ፡**

- ☐ የኤችአይቪ / ኤድስ እና የSTD / የSTD ምርመራ ውጤቶች፣ ምርመራ ወይም ሕክምና (RCW 70.02.220)
- ☐ የስነ-ተዋእዶ ጤና (እንደ የወሊድ መቆጣጠሪያ እና ፅንስ ማስወረድ ያሉ የቤተሰብ ዕቅድ አገልግሎቶች)
- ☐ የአእምሮ ጤና መዝገቦች (RCW 70.02.230)
- ☐ የአደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት መዝገቦች (42 CFR ክፍል 2)

2B. የFWB ፕሮግራም መዝገቦችዎን ሊያጋራቸው የሚችላቸው አቅራቢዎች / ኣጋሮች (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉባቸው)፡

- ☐ የሕክምና አቅራቢዎች
- ☐ የአሁኑ የDCYF ጉዳይ ሰራተኛ እና/ወይም የጎሳ ማህበራዊ ሰራተኛ
- ☐ የስነ-ተዋልዶ ጤና አቅራቢዎች
- ☐ የአሁኑ ተንከባካቢ / የማደጎ ወላጅ / የዘመድ እንክብካቤ ሰጪ
- ☐ አቅራቢዎች ክሊኒኮች
- ☐ ባዮሎጂካል ወላጅ(ዎች) (የመጀመሪያ እና የአያት ስሞችን ይዘርዝሩ):
- ☐ ሌላ (ዘርዝር):

በዚህ ቅጽ ላይ የተዘረዘሩት ኣጋሮች ሚስጥራዊ መረጃዬን እርስ በእርስ ሊያጋሩ እንደሚችሉ እና በዚህ ቅጽ ላይ ላልተዘረዘሩ ሰዎች ማጋራት እንደማይችሉ **እስማማለሁ።** **ከዚህ በታች ያለውን ሳጥን ምልክት በማድረግ (አዲስ DSHS 10-489 በመጠቀም)፣ በመፈረም** እና ለጉዳይ ሰራተኛዬ ወይም ለFWB ፕሮግራም በመስጠት በማንኛውም ጊዜ ሀሳቤን መቀየር እና ፈቃዴን መመለስ እችላለሁ። ይህ አስቀድሞ የተጋራ መረጃን አይጎዳም። የሰም የመጀመሪያ ፍደላት: _____

ከዚህ በፊት እኔ ካልወጣሁ በስተቀር፣ ከላይ ያለው የተወሰነ መረጃ በአሳዳጊ እንክብካቤ ውስጥ እስካልሆንኩ ድረስ ወይም እስከ _____ ድረስ የሚሰራ ነው።
የሚያበቃበት ቀን

☐ ፈቃዴን አነሳለሁ። እባክዎትን የሚከተሉትን የፊርማ ክፊሉን ይሙሉ።

የደንበኛው ወይም የደንበኛው ህጋዊ ተወካይ ፊርማ	ቀን
የሕጋዊ ወኪልን ስም ይጻፉ	የህግ ተወካይ ከደንበኛ ጋር ያለው ግንኙነት

ለተቀባዮች ማስታወቂያ፡ ይህ በፌደራል ምስጢር የመጠበቅ ደንቦች በፌድራሉ መመሪያዎች (CFR) ኮድ 42፣ ክፍል 2 መሠረት የተጠበቀ መረጃ ለእርስዎ እንዲገለፀ ተደርገዋል። የፌደራል ህጉ መረጃውን ከእርስዎ አሳልፈው ለሌለ ሰው እንዳይሰጡ ይከለክላል፤ መረጃውን ከእርስዎ አሳልፈው ለሌላ ሰው መስጠት እንዲችሉ የሚመለከተው ሰው በግልጽ በስምምነት ካልፈቀደ ወይም በ42 CFR ክፍል 2 ካልተፈቀደ በስተቀር።። የህክምና እና ሌሎች ለመጀመሪያዎችን ለመስጠት አጠቃላይ ስልጣን መስጠት ለዚህ አላማ በቂ **አይደለም**።