المعلومات الصحية السرية اتفاقية الموافقة أو السحب
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

اسم العميل بأحرف واضحة	تاريخ ميلاد العميل

لقد تمت إحالتك إلى برنامج تعزيز الصحة والعافية (FWB) لكي يتمكن برنامجنا من مساعدتك ومساعدة الآخرين المشاركين في رعايتك على فهم احتياجاتك الصحية. أثناء الإقامة خارج المنزل، من المهم أن يتمكن مقدمو الرعاية الصحية المعنيون بك وغيرهم من المشاركين في رعايتك الصحية من التواصل مع بعضهم لتنسيق رعايتك الصحية. في بعض الأحيان، قد تكون سجلاتك الصحية محفوظة في نظام حاسوبي أو على شكل مستندات ورقية، وقد تتضمن معلومات حول ما يلي:

- خدمات تنظيم الأسرة، مثل تحديد النسل والإجهاض؛
- العدوى المنقولة جنسيًا (STI)، وهي عدوى أو حالات يمكن الإصابة بها عن طريق الاتصال الجنسي، وكانت تُعرف سابقًا باسم الأمراض المنقولة جنسيًا (STD)، و/أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ و/أو
- أدوية وخدمات الصحة النفسية / السلوكية؛ و/أو
- خدمات اضطراب تعاطي المخدرات

نظرًا إلى أن هذه الأنواع من المعلومات السرية تُعد معلومات خاصة، لا يمكن للشركاء الذين يحتفظون بمعلوماتك السرية مشاركتها مع أشخاص آخرين إلا بموافقتك، أو إذا نص قانون ولاية واشنطن على إمكانية مشاركتهم المعلومات السرية مع أشخاص آخرين.

إذا لم توقع على هذا النموذج، فسيظل بإمكانك الحصول على خدمات من برنامج تعزيز الصحة والعافية (FWB). **سيُسأل جميع الشباب المحالين إلى برنامجنا الذين تزيد أعمارهم على 13 عامًا عما إذا كانوا يرغبون في توقيع هذا النموذج، سواء كان نوع المعلومات السرية المذكورة فيه ينطبق عليهم أم لا.**

بتوقيعي على هذه الموافقة، أوافق على منح الأشخاص المحددين في هذا النموذج الإذن بالاطلاع على معلوماتي السرية الخاصة. ويجوز لهم التشاور فيما بينهم لمساعدتي في إدارة رعايتي الصحية. قد تتضمن معلوماتي السرية سجلات عن الأمراض أو الإصابات التي أعاني منها الآن أو التي كنت أعاني منها في الماضي. وقد تتضمن السجلات نتائج الاختبارات (مثل الأشعة السينية واختبارات الدم)، والأدوية التي أتناولها الآن أو تناولتها في الماضي، وسجلات الزيارات إلى المستشفيات، و/أو مكاتب مقدمي الخدمات و/أو العيادات و/أو المرافق الأخرى.

أفهم أنه بإمكاني سحب موافقتي في أي وقت بالتوقيع على هذا النموذج وتسليمه إلى أخصائي الحالة المعني بي أو إلى برنامج FWB. ولن يؤثر ذلك على أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل.

القسم 1:

<u>أوافق</u> على السماح لبرنامج تعزيز الصحة والعافية (FWB) بتلقي ومشاركة معلوماتي السرية المحددة أدناه مع مقدمي الخدمات، والأطباء السريريين، بما في ذلك أخصائي الحالة في قسم الأطفال والشباب والأسر (DCYF) و/أو الأخصائي الاجتماعي القَبَلي، ومقدم الرعاية الحالي المعني بي، والوالد (الوالدين) البيولوجي:

☐ جميع سجلاتي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، السجلات الطبية، والصحة الإنجابية (أي وسائل منع الحمل، والحمل، والإجهاض)، ونتائج اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) والأمراض/العدوى المنقولة جنسيًا (STD/STI)، وسجلات التشخيص أو العلاج (70.02.220 من قانون واشنطن المعدل)، وسجلات الصحة النفسية (70.02.230 من قانون واشنطن المعدل)، وسجلات اضطراب تعاطي المخدرات (الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) الجزء 2).

أو (إذا لم يتم إكمال القسم 1، فيُرجى إكمال كلا جزأي القسم 2).

المعلومات الصحية السرية اتفاقية الموافقة أو السحب
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

القسم 2: (يجب إكمال القسمين 2أ و2ب)

2أ. **أوافق** على السماح لبرنامج تعزيز الصحة والعافية (FWB) بتلقي ومشاركة معلومات حول حالتي الصحية المحددة أدناه مع مقدمي الخدمة / الشركاء الموضحين أدناه فقط:

☐ نتائج اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS) والأمراض/العدوى المنقولة جنسيًا (STD/STI)، أو التشخيص، أو العلاج (70.02.220 من قانون واشنطن المعدل)
☐ الصحة الإنجابية (خدمات تنظيم الأسرة مثل تحديد النسل والإجهاض)
☐ سجلات الصحة النفسية (70.02.230 من قانون واشنطن المعدل)
☐ سجلات اضطراب تعاطي المخدرات (الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) الجزء 2)

2ب. مقدمو الخدمة / الشركاء الذين يمكن لبرنامج تعزيز الصحة والعافية (FWB) مشاركة سجلاتك معهم (حدد كل ما ينطبق):

☐ مقدمو الخدمات الطبية
☐ أخصائي الحالة الحالي لدى قسم الأطفال والشباب والأسر (DCYF) و/أو الأخصائي الاجتماعي القَبَلي
☐ مقدمو خدمات الصحة الإنجابية
☐ مقدم الرعاية الحالي / الوالد البديل / مقدم الرعاية من الأقارب
☐ مقدمو الخدمة والأطباء السريريون
☐ الوالد (الوالدان) البيولوجي (يُرجى ذكر الاسم الأول واسم العائلة):
☐ غير ذلك (يُرجى ذكرهم):

أوافق أيضًا على السماح للشركاء المذكورين في هذا النموذج بمشاركة معلوماتي السرية فيما بينهم، مع عدم السماح لهم بمشاركتها مع أي شخص غير مذكور في هذا النموذج. يمكنني تغيير رأيي وسحب موافقتي في أي وقت عن طريق **تحديد المربع أدناه (باستخدام نموذج DSHS 10-489 جديد)، والتوقيع عليه**، وتسليمه إلى أخصائي الحالة المعني بي أو إلى برنامج FWB. ولن يؤثر ذلك على أي معلومات تمت مشاركتها بالفعل. التوقيع بالأحرف الأولى: _____

ما لم أسحب موافقتي مسبقًا، تظل المعلومات المحددة أعلاه سارية المفعول حتى خروجي من ضمن نظام الرعاية البديلة، أو حتى

_____.
تاريخ الانتهاء

☐ إنني أسحب موافقتي. يُرجى إكمال قسم التوقيع التالي.

توقيع العميل أو توقيع الممثل القانوني للعميل	التاريخ

اسم الممثل القانوني بأحرف واضحة	علاقة الممثل القانوني بالعميل

إشعار للمستلمين: تم الإفصاح عن هذه المعلومات لك من سجلات محمية بواسطة قواعد السرية الفيدرالية، الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2. تمنعك القواعد الفيدرالية من إجراء أي إفصاح إضافي عن هذه المعلومات ما لم يكن هذا الإفصاح مسموحًا به صراحةً بموجب موافقة خطية من الشخص المعني بها أو وفقًا لما يسمح به الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR)، الجزء 2. و**لا** يُعدّ التفويض العام بالإفصاح عن المعلومات الطبية أو غيرها كافيًا لهذا الغرض.