DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ព័ត៌មានសុខភាពសម្ងាត់ កិច្ចព្រមព្រៀងលើការយល់ព្រម ឬការដកការយល់ព្រម

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ឈ្មោះអ្នកជំងឺជាអក្សរពុម្ព	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ

អ្នកត្រូវបានយោងទៅកាន់កម្មវិធី សុខុមាលភាពដែលជំរុញឱ្យចម្រើនឡើង (FWB) ដើម្បីឱ្យកម្មវិធីរបស់យើងអាចជួយអ្នក និងអ្នកដទៃដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នកយល់ពីសេចក្តីត្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ ខណៈពេលនៅក្នុងការដាក់ក្រៅផ្ទះ វាគឺសំខាន់ថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងអ្នកដទៃដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងការថែទាំអាចប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមកដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
តាមពេលទីមួយ។ កំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នកអាចស្ថិតនៅលើប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ ឬដាលាយលក្ខណ៍ និងអាចរួមមានព័ត៌មានអំពី៖

- សេវាអេរ្យូបផែនការគ្រួសារ ដូចជាការគ្រប់គ្រងកំណើត និងការរំលូត;
- ជំងឺដែលឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI) គឺជាជំងឺ ឬបញ្ហាដែលអ្នកអាចទទួលពីការមានការប៉ះពាល់ផ្លូវភេទ ដែលពីមុនស្គាល់ថាជាជំងឺដែលឆ្លងតាមការរួមភេទ (STD) និង/ឬ HIV/AIDS; និង/ឬ
- ការប្រើប្រាស់ថ្នាំពេទ្យ និងសេវាខាងផ្លូវចិត្ត ខាងអាក្បកិរិយា និង/ឬ;
- សេវាបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុ

ដោយសារតែប្រភេទនៃព័ត៌មានសម្ងាត់ទាំងនេះគឺជាឯកជន ដៃគូដែលមានព័ត៌មានសម្ងាត់មិនអាចចែករំលែកវាជាមួយអ្នកដទៃបានទេ លុះត្រាតែអ្នកយល់ព្រម ឬច្បាប់រដ្ឋ Washington និយាយថា ពួកគេអាចចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់ជាមួយអ្នកដទៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះទេ អ្នកនឹងនៅតែអាចទទួលសេវាកម្មនានាពីកម្មវិធី FWB។ យុវជនទាំងអស់ដែលមានអាយុលើស ១៣ឆ្នាំ ដែលបានយោងមកកាន់កម្មវិធីរបស់យើង នឹងត្រូវបានសួរថាតើពួកគេចង់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះមិនថាប្រភេទព័ត៌មានសម្ងាត់នៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះអនុវត្តចំពោះអ្នកឬអត់នោះទេ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាលើការយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមថាមនុស្សដែលបានកំណត់អត្តសញ្ញាណលើទម្រង់បែបបទនេះមានការអនុញ្ញាតឱ្យមើលព័ត៌មានសម្ងាត់ឯកជនរបស់ខ្ញុំ។ ពួកគេអាចប្រឹក្សាយោបល់ជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមកបានដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់ខ្ញុំអាចរួមមានកំណត់ត្រាអំពីជំងឺ ឬការរងរបួសនានាដែលខ្ញុំមានឥឡូវនេះ ឬមាននៅពេលអតីតកាល។ កំណត់ត្រាអាចរួមមានលទ្ធផលការធ្វើតេស្ត (ដូចជាកាំរស្មីអ៊ិច និងការធ្វើតេស្តឈាម), ថ្នាំពេទ្យដែលខ្ញុំលេបឥឡូវនេះ ឬបានលេបពីអតីតកាល និងកំណត់ត្រាពីការទៅជួបពិនិត្យនៅមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា ឬគ្លីនិកផ្សេងទៀត និង/ឬមណ្ឌលផ្សេង។។

ខ្ញុំយល់ ខ្ញុំអាចដកការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំនៅពេលណាក៏បានដោយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ និងផ្តល់វាទៅកាន់ បុគ្គលិកករណី របស់អ្នក ឬទៅកាន់កម្មវិធី FWB។ នេះនឹងមិនជះឥទ្ធិពលដល់ព័ត៌មានទាំងឡាយដែលបានចែករំលែករួចនោះទេ។

ផ្នែកទី **1** ៖

ខ្ញុំ <u>យល់ព្រម</u> អនុញ្ញាតកម្មវិធី ឱ្យទទួលបាន និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់ខ្ញុំដែលបានគូសខាងក្រោមជាមួយនឹង អ្នកផ្តល់សេវា និងគ្រូពេទ្យ របស់ខ្ញុំ រួមទាំងក្រសួងកុមារ យុវជន និងគ្រួសារ (DCYF) បុគ្គលិកករណី និង/ឬ បុគ្គលិកសង្គមជាកុលសម្ព័ន្ធ អ្នកផ្តល់ការថែទាំបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ និងឪពុក ឬម្តាយបង្កើត(នានា)៖

☐ កំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ រួមមាន ប៉ុន្តែមិនបានកំណត់ដល់សុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ បន្តពូជឡើងវិញ (ពោលគឺ ការគ្រប់គ្រងកំណើត ការមានផ្ទៃពោះ និងការរំលូតកូន), HIV / AIDS និងលទ្ធផលតេស្ត STD / STI ការធ្វើអោតវិនិច្ឆ័យ ឬកំណត់ត្រាការព្យាបាល (RCW 70.02.230), កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230) និងកំណត់ត្រាបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (42 CFR ភាគ 2)។

ឬ (ប្រសិនបើផ្នែក 1 គឺមិនត្រូវបានបំពេញនោះទេ សូមបំពេញភាគទាំងពីរនៃផ្នែក 2 ។)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ព័ត៌មានសុខភាពសម្ងាត់ កិច្ចព្រមព្រៀងលើការយល់ព្រម ឬការដកការយល់ព្រម

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ផ្នែកទី **2** ៖ (ផ្នែក **2A** និង **2B** ត្រូវតែបានបំពេញ)

2A. ខ្ញុំ យល់ព្រម អនុញ្ញាតកម្មវិធី ឱ្យទទួលបានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលបានគូសខាងក្រោមជាមួយនឹង អ្នកផ្តល់សេវា / ដៃគូ ទាំងនោះ ដែលបានគូសខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ៖

- ☐ HIV / AIDS និងលទ្ធផលតេស្ត STD / STI, ការធ្វើអោតវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាល (RCW 70.02.220)
- ☐ សុខភាពបន្តពូជ (សេវាវ្យែបផែនការគ្រួសារ ដូចជាការគ្រប់គ្រងកំណើត និងការរំលូតកូន)
- ☐ កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230)
- ☐ កំណត់ត្រាបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុ (42 CFR ភាគ 2)

2B. អ្នកផ្តល់សេវា / ដៃគូ ដែលកម្មវិធី FWB អាចចែករំលែកកំណត់ត្រារបស់អ្នកជាមួយ (គូសទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖

- ☐ អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ☐ បុគ្គលិកករណី DCYF បច្ចុប្បន្ន និង/ឬបុគ្គលិកសង្គមកុលសម្ព័ន្ធ
- ☐ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ
- ☐ អ្នកផ្តល់ការថែទាំបច្ចុប្បន្ន / ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម / អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាសាច់ញាតិ
- ☐ អ្នកគ្លីនិកអ្នកផ្តល់ការថែទាំ
- ☐ ឪម្តាយបង្កើត(ទានា) (រាយនាមខ្លួន និងត្រកូល)៖
- ☐ ផ្សេងទៀត (រាយបញ្ជី)៖

ខ្ញុំក៏យល់ស្របដែរថាដៃគូដែលមានរាយឈ្មោះនៅលើទម្រង់បែបបទនេះអាចចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់ជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមក និងមិនអាចចែករំលែកវាជាមួយនរណាម្នាក់ដែលមិនត្រូវបានបានរាយនៅលើនេះទម្រង់បែបបទ។ ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់ខ្ញុំ ហើយយកត្រឡប់វិញនូវការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំនៅពេលណាក៏បានដោយ គូសប្រអប់ខាងក្រោម (ដោយប្រើ **DSHS 10-489** ថ្មី) ចុះហត្ថលេខាវា និងផ្តល់វាទៅឱ្យបុគ្គលិកករណីរបស់អ្នក ឬកម្មវិធី FWB។ នេះនឹងមិនរងផលប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានទាំងឡាយដែលបានចែករំលែករួចហើយនោះទេ។ អក្សរកាត់៖ _____ លុះត្រាតែបានដកការយល់ព្រមពីមុនដោយខ្ញុំ ព័ត៌មានដាក់លាក់ខាងលើគឺមានសុពលភាព រហូតទាល់ខ្ញុំលែងនៅក្នុងការថែទាំជាកូនចិញ្ចឹមទៀតហើយ ឬរហូតដល់ _____។
កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់

☐ ខ្ញុំដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ។ សូមបំពេញផ្នែកហត្ថលេខាខាងក្រោម។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬហត្ថលេខារបស់តំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់តំណាងស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនងរវាងតំណាងស្របច្បាប់ជាមួយនឹងអតិថិជន

កំណត់សម្គាល់ចំពោះអ្នកទទួល៖ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានបង្ហាញទៅកាន់អ្នកពីកំណត់ត្រាដែលបានការពារដោយវិធីការសម្ងាត់សហព័ន្ធ, 42 ក្រមនៃបទប្បញ្ញត្តិ (CFR), ភាគ 2។ វិធានសហព័ន្ធនេះហាមប្រាមអ្នកពីការធ្វើការបង្ហាញបន្ថែមទាំងឡាយនៃព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែការបង្ហាញបន្ថែមគឺត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់បុគ្គលដែលវាទាក់ទងជាមួយ ឬដូចដែលបានអនុញ្ញាតក្នុងន័យផ្សេងដោយ 42 CFR, ភាគ 2។ ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតទូទៅសម្រាប់ការបញ្ចេញទូរព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀត គឺ មិន គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គោលបំណងនេះទេ។