DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ເປັນຄວາມລັບ ໃບສັນຍາຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ຫລື ໃບຖອນຕົວ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ຂຽນຊື່ຂອງລູກຄ້າເປັນຕົວພິມ	ວັນເກີດຂອງລູກຄ້າ

ທ່ານໄດ້ຖືກສົ່ງຕໍ່ມາຫາໂຄງການຍຸກຍູ້ສົ່ງເສີມການປິ່ນປົວໃຫ້ຢູ່ດີມີແຮງ Fostering Well-Being Care (FWB) ເພື່ອວ່າໂຄງການຂອງພວກເຮົາຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານແລະບຸກຄົນອື່ນຜູ້ທີ່ກ່ຽວພັນນຳການປິ່ນປົວຂອງທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນການຈັດໃຫ້ຢູ່ນອກເຮືອນ, ມັນສຳຄັນທີ່ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນໆຜູ້ທີ່ກ່ຽວພັນນຳການປິ່ນປົວຂອງທ່ານທີ່ຈະສາມາດຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳກັນ ແລະ ກັນເພື່ອຈະປະສານງານການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ບາງຄັ້ງບາງຄາວ, ບັນທຶກກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະຢູ່ໃນຣະບົບຄອມພິວເຕີຫລືເປັນລາຍລັກອັກສອນແລະອາດຈະລວມເອົາຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບ:

- ການບໍຣິການວາງແຜນຄອບຄົວເຊັ່ນວ່າການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການແຫ້ງລູກ;
- ການອັກເສບຖ່າຍທອດທາງເພດ (STI), ການອັກເສບທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ມາຈາກການສົມສູ່ທາງເພດ,ເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນມາແຕ່ກ່ອນວ່າແມ່ນ "ໂຣກການຖ່າຍທອດທາງເພດ (STD)," ແລະ/ຫລື HIV/AIDS; ແລະ/ຫລື
- ຢາ ແລະ ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບໂຣກຈິດ/ການປະພຶດ;ແລະ/ຫລື
- ການບໍຣິການນປິ່ນປົວການຕິດຢາເສບຕິດ

ຍ້ອນວ່າຂະນິດຂອງຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບແມ່ນເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ, ເພື່ອນຮ່ວມງານຜູ້ທີ່ມີຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງທ່ານບໍສາມາດແລກປ່ຽນນຳຄົນອື່ນໆໄດ້ນອກຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ, ຫລື ກົດໝາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນບອກວ່າເອົາເຈົ້າສາມາດເອົາຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບໃຫ້ຄົນອື່ນໆໄດ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້, ທ່ານຍັງຈະສາມາດໄດ້ຮັບການບໍຣິການການປິ່ນປົວຈາກໂຄງການ FWB. **ຊາວໜຸ່ມທຸກໆຄົນອາຍຸກາຍເກີນ 13 ປີຜູ້ທີ່ຖືກສົ່ງມາຫາໂຄງການຂອງພວກເຮົາຈະຖືກຖາມວ່າເອົາເຈົ້າຢາກຈະເຊັນຊື່ໃສ່ຟອມໃບນີ້ ຫລື ບໍ່, ບໍ່ກ່ຽວວ່າຂະນິດຂອງຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ກ່ຽວກັບທ່ານ ຫລື ບໍ່.**

ໂດຍການເຊັນຊື່ລົງໄປໃນໃບຕົກລົງຍິນຍອມໃບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕົກລົງເຫັນພ້ອມວ່າບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊີ້ບອກຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ໄດ້ຮັບຄຳອະນຸຍາດໃຫ້ເບິ່ງຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.ເອົາເຈົ້າອາດຈະປຶກສານຳກັນແລະກັນເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້າຄວບຄຸມເບິ່ງນຳການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະລວມເອົາບັນທຶກກ່ຽວກັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການຂາດເຈັບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີຢູ່ດຽວນີ້ ຫລື ໄດ້ມີໃນຜ່ານມາ.ບັນທຶກອາດຈະສາມາດລວມເອົາຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງ (ເຊັ່ນວ່າຮູບຊ່ອງໄຟຟ້າ ແລະ ການກວດເລືອດ), ຢາທີ່ທ່ານກຳລັງໃຊ້ຢູ່ດຽວນີ້ ຫລື ໄດ້ໃຊ້ມາກ່ອນແລະບັນທຶກຈາກການຢ້ຽມໂຮງພະຍາບານ,ຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍຫລືຄລີນິກບ່ອນອື່ນໆແລະ/ຫລືສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖອນຄຳຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມໃບນີ້ແລະເອົາໃຫ້ພະນັກງານສັງຄົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫລືເອົາໃຫ້ໂຄງການ FWB. ອັນນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຣາຍຣະອຽດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຖືກແລກປ່ຽນແລ້ວ.

ພາກສ່ວນ 1:

ຂ້າພະເຈົ້າ<u>ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ</u> ທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ FWB ທີ່ຈະຮັບເອົາມາຈາກ ແລະ ແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຖືກໝາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນຳທ່ານໝໍປິ່ນປົວສຸຂະພາບແລະສຸຂະພາບໂຣກຈິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມທັງພະນັກງານສັງຄົມຂອງກົມ Department of Children, Youth, and Families (DCYF) ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະ/ຫລືພະນັກງານສັງຄົມອົນເຜົ່າ,ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຄົນປັດຈຸບັນ,ແລະພໍ່ແມ່ກຳເນີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

☐ ບັນທຶກລູກຄ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັ້ງໝົດ, ລວມທັ້ງ,ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງ,ສຸຂະພາບພະຍາບານແຜ່ພັນ (ຕົວຢ່າງວ່າການຄຸມກຳເນີດ, ການຖືພາ, ແລະ ການແຫ້ງລູກ), ຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງພະຍາດ HIV/ AIDS ແລະ STD/STI. ບັນທຶກຂອງການກວດເບິ່ງພະຍາດ ຫລື ການປິ່ນປົວ (RCW 70.02.220), ບັນທຶກສຸຂະພາບໂຣກຈິດ (RCW 70.02.230), ແລະ ບັນທຶກການຕິດຢາເສບຕິດ (42 CFR Part 2).

ຫລື (ຖ້າຫາກວ່າພາກສ່ວນ 1 ບໍ່ຖືກຂຽນປະກອບ, ກະຣຸນາຂຽນປະກອບທັ້ງສອງພາກສ່ວນຂອງພາກສ່ວນ 2 ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ເປັນຄວາມລັບ
ໃບສັນຍາຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ຫລື ໃບຖອນຕົວ
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ພາກສ່ວນ 2: (ພາກສ່ວນ 2A ແລະ 2B ຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບ)

2A. ຂ້າພະເຈົ້າ**ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ** ອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ FWB ທີ່ຈະຮັບເອົາມາຈາກ ແລະ ແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຖືກໝາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນຳທ່ານໝໍ/ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກໝາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເທົ່ານັ້ນ:

- ☐ ຜົນອອກມາຂອງການກວດ HIV/AIDS ແລະ STD/STI, ການວິຈັຍພະຍາດ,ຫລືການປິ່ນປົວ (RCW 70.02.220)
- ☐ ສຸຂະພາບການສືບພັນ (ການບໍຣິການວາງແຜນຄອບຄົວເຊັ່ນວ່າການຄວບຄຸມການກຳເນີດແລະການແຫ້ງລູກ)
- ☐ ບັນທຶກສຸຂະພາບໂຣກຈິດ (RCW 70.02.230)
- ☐ ບັນທຶກຂອງການຕິດຢາເສບຕິດ (42 CFR Part 2)

2B. ທ່ານໝໍ / ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ໂຄງການ FWB ສາມາດແລກປ່ຽນບັນທຶກຂອງທ່ານນຳ (ໝາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ):

- ☐ ທ່ານໝໍປິ່ນປົວພະຍາບານ
- ☐ ພະນັກງານ DCYF ຄົນປັດຈຸບັນແລະ/ຫລືພະນັກງານສັງຄົມອຸ້ມເຜົ່າ
- ☐ ທ່ານໝໍສຸຂະພາບການສືບພັນ
- ☐ ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລ/ພໍ່ລ້ຽງແມ່ລ້ຽງ/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລເປັນພີ່ນ້ອງຄົນປັດຈຸບັນ
- ☐ ນາຍພະຍາບານຂອງທ່ານໝໍ
- ☐ ພໍ່ແມ່ກຳເນີດ (ຂຽນຊື່ແລະນາມສະກຸນ):
- ☐ ອື່ນໆ (ຂຽນລາຍຊື່):

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງ **ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ** ອີກວ່າເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກບົ່ງຊີ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ອາດຈະແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້ານຳກັນ ແລະ ກັນ, ແລະ ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະແລກປ່ຽນນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກບົ່ງຊີ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໃຈຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ແລະ ເອົາຄຳຕົກລົງເຫັນພ້ອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄືນມາໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍ **ການໝາຍໃສ່ບອກ໌ຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ໂດຍການໃຊ້ໃບຟອມ DSHS 10-489), ໃບໃໝ່,ໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່,** ແລະ ເອົາໃຫ້ພະນັກງານສັງຄົມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ເອົາໃຫ້ໂຄງການ FWB. ອັນນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຣາຍຣະອຽດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຖືກແລກປ່ຽນກັນແລ້ວ. ຊື່ສິ້ນ: _____

ນອກຈາກວ່າໄດ້ຖືກຖອນມາກ່ອນໂດຍຂ້າພະເຈົ້າ, ຣາຍຣະອຽດອັນເຈາະຈົງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈະມີຜົນໃຊ້ໄດ້ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນການລ້ຽງດັກກຳພ້າຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ,ຫລືຈົນຮອດ _____.
ວັນທີຫມົດອາຍຸ

☐ ຂ້າພະເຈົ້າຖອນຄຳຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າກະຣຸນາປະກອບພາກສ່ວນລາຍເຊັນຕໍ່ລົງໄປນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ
ຂຽນເປັນຕົວພິມຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ຄວາມສັມພັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍຕໍ່ລູກຄ້າ

ຄຳແຈ້ງການເຖິງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ: ຣາຍຣະອຽດອັນນີ້ໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ແກ່ທ່ານຈາກບັນທຶກທີ່ຖືກປົກປ້ອງດ້ວຍກົດຣະບຽບການປົກປິດໄວ້ເປັນຄວາມລັບຂອງຣັດຖະບານກາງ, 42 Code of Federal Regulations (CFR), Part 2. ກົດຣະບຽບຂອງຣັດຖະບານກາງຫ້ານ ບໍ່ໃຫ້ທ່ານທຳການເປີດເຜີຍຣາຍຣະອຽດອັນນີ້ຕໍ່ໄປອີກຈັກຢ່າງນອກຈາກວ່າການເປີດເຜີຍຕໍ່ໄປນັ້ນໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ຢ່າງແຈ່ມແຈ້ງໂດຍໃບໜັງສືຍິນຍອມຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມັນກ່ຽວຂ້ອງນຳ ຫລື ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍກົດຣະບຽບ 42 CFR, Part 2. ໃບອະນຸຍາດທົ່ວໄປທັມມະດາໃຫ້ເປີດເຜີຍ ຣາຍຣະອຽດກ່ຽວກັບການພະຍາບານ ຫລື ຢ່າງອື່ນໆແມ່ນ **ບໍ່** ພຽງພໍສຳລັບຈຸດປະສົງອັນນີ້.