اطلاعات محرمانه سلامت توافق‌نامه رضایت یا انصراف

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

نام مشتری با حروف مجزای انگلیسی	تاریخ تولد مشتری

شما به برنامه رفاه مراقب رضاعی (FWB) ارجاع شده‌اید تا برنامه ما بتواند به شما و سایر افراد درگیر در مراقبت شما کمک کند نیازهای سلامت خود را درک کنید. مهم است هنگامی که در مرکز خارج از خانه قرار دارید، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما و سایر افراد درگیر در مراقبت شما بتوانند برای هماهنگ کردن مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌تان، با هم ارتباط برقرار کنند. در مواردی، ممکن است پرونده سلامت شما در سیستم کامپیوتری یا به‌صورت کتبی و شامل اطلاعاتی در این موارد باشد:

- خدمات تنظیم خانواده نظیر جلوگیری از بارداری و سقط جنین؛
- عفونت‌های مقاربتی (STI) به عفونت‌ها یا عارضه‌هایی گفته می‌شود که ممکن است به‌دلیل تماس جنسی به آن‌ها مبتلا شوید که قبلاً به آن‌ها بیماری‌های آمیزشی (STD) و/یا اچ‌آی‌وی/ایدز گفته می‌شد؛ و/یا
- خدمات و داروهای سلامت رفتاری/روان؛ و/یا
- خدمات اختلال سوءمصرف مواد

با توجه به محرمانه بودن این اطلاعات، شرکایی که اطلاعات محرمانه‌تان را در اختیار دارند، قادر به اشتراک‌گذاری آن‌ها با دیگران نیستند، مگر اینکه با این موضوع موافقت کنید یا در قانون ایالت واشنگتن ذکر شده باشد که آن‌ها اجازه دارند این اطلاعات محرمانه را در اختیار دیگران قرار دهند.

اگر این فرم را امضا نکنید، همچنان قادر به دریافت خدمات از برنامه FWB خواهید بود. **از تمام نوجوانان بالای 13 سال که به برنامه ما ارجاع می‌شوند، سؤال می‌شود آیا این نوع اطلاعات محرمانه ذکرشده در این فرم درباره شما اعمال می‌شود یا خیر.**

امضای این رضایت به‌منزلهٔ موافقت من با این موضوع است که افراد مشخص‌شده در این فرم اجازه دارند اطلاعات محرمانه من را مشاهده کنند. آن‌ها می‌توانند برای مدیریت مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌ام، با همدیگر مشورت کنند. اطلاعات محرمانه‌ام می‌تواند شامل سوابق مربوط به بیماری‌ها یا آسیب‌هایی شود که اکنون یا در گذشته تجربه کرده‌ام یا به آن‌ها مبتلا شده‌ام. این سوابق می‌تواند شامل نتایج آزمایش (نظیر رادیولوژی و آزمایش‌های خون)، داروهایی که اکنون مصرف می‌کنم یا در گذشته مصرف می‌کردم، و سوابق مراجعات به بیمارستان، مطب ارائه‌دهنده یا سایر مراکز درمانی یا کلینیک‌ها باشد.

متوجه هستم می‌توانم رضایت خود را در هر زمان پس بگیرم؛ برای پس گرفتن رضایت، باید این فرم را امضا کنم و به مسئول پرونده خود یا برنامه FWB تحویل دهم. این اقدام تأثیری روی اطلاعاتی که از قبل به اشتراک گذاشته شده است، ندارد.

بخش 1:

<u>موافقت می‌کنم</u> به برنامه FWB اجازه دهم اطلاعات محرمانه علامت‌گذاری‌شده در زیر را از ارائه‌دهندگان و متخصصان بالینی‌ام، از جمله مدیر پرونده‌ام در اداره کودکان، جوانان و خانواده‌ها (DCYF) و/یا مددکار اجتماعی قبیله‌ای، مراقب فعلی و والد(ین) بیولوژیکی‌ام، دریافت کند یا آن‌ها را با این افراد به اشتراک بگذارد:

☐ تمام سوابق مشتری من، از جمله، اما نه فقط، سوابق پزشکی، سلامت باروری (یعنی جلوگیری از بارداری، حاملگی و سقط جنین)، نتایج آزمایش، تشخیص و درمان اچ‌آی‌وی/ایدز و (RCW 70.02.220) STD / STI، سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230)، و سوابق اختلال سوءمصرف مواد (42 CFR Part 2).

یا (اگر بخش 1 تکمیل نیست، لطفاً هر دو بخش بخش 2 را تکمیل کنید)

اطلاعات محرمانه سلامت توافق‌نامه رضایت یا انصراف
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

بخش 2: (بخش‌های A2 و B2 باید تکمیل شود)

A2. **موافقت می‌کنم** به برنامه FWB اجازه دهم اطلاعات علامت‌گذاری‌شده مربوط به سلامت من را فقط از ارائه‌دهنده/شرکای مشخص شده در زیر دریافت کند یا با آن‌ها به اشتراک بگذارد:

- ☐ نتایج آزمایش، سوابق تشخیص یا درمان HIV / AIDS و STD / STI، (RCW 70.02.220)
- ☐ سلامت باروری (خدمات تنظیم خانواده نظیر پیشگیری از بارداری و سقط جنین)
- ☐ سوابق سلامت روان (RCW 70.02.230)
- ☐ سوابق اختلال سوءمصرف مواد (42 CFR Part 2)

B2. ارائه‌دهندگان/شرکایی که برنامه FWB می‌تواند سوابق شما را با آن‌ها به اشتراک بگذارد (تمام مواردی را که شامل می‌شود، علامت بزنید):

- ☐ ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی
- ☐ مددکار اجتماعی و/یا مدیر پرونده فعلی DCYF
- ☐ ارائه‌دهندگان سلامت باروری
- ☐ مراقب فعلی/والد رضاعی/مراقب خویشاوند
- ☐ ارائه‌دهندگان بالینی
- ☐ والد(ین) بیولوژیکی (نام و نام خانوادگی را ذکر کنید):
- ☐ سایر (فهرست):

همچنین **موافقت می‌کنم** شرکای ذکرشده در این فرم می‌توانند اطلاعات محرمانه‌ام را با همدیگر به اشتراک بگذارند، اما نمی‌توانند آن‌ها را در اختیار افرادی قرار دهند که در این فرم ذکر نشده‌اند. در هر زمان از طریق **علامت زدن کادر زیر (استفاده از DSHS 10-489 جدید)، امضای آن،** و ارائه آن به مدیر پرونده‌ام یا برنامه FWB می‌توانم نظرم را تغییر دهم و رضایت خود را پس بگیرم. این اقدام تأثیری روی اطلاعاتی که از قبل به اشتراک گذاشته شده است، ندارد. حروف اول نام: _____

مگر اینکه قبلاً رضایتم را پس گرفته باشم، اطلاعات خاص بالا یا تا تاریخ _____ یا تا زمانی اعتبار دارد که دیگر تحت مراقبت رضاعی نباشم.
تاریخ انقضا

☐ رضایت خود را پس می‌گیرم. لطفاً بخش امضای زیر را تکمیل کنید.

امضای مشتری یا نماینده قانونی وی	تاریخ

نام نماینده قانونی با حروف مجزای انگلیسی	نسبت نماینده قانونی با مشتری

اطلاعیه به دریافت‌کنندگان: این اطلاعات از سوابق تحت حفاظت قوانین محرمانگی فدرال (42 آیین‌نامه مقررات فدرال (CFR) بخش 2) در اختیار شما قرار گرفته است. قوانین فدرال شما را از هرگونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کند، مگر اینکه این افشای بیشتر براساس رضایت کتبی صریح فردی باشد که اطلاعات در مورد اوست یا افشای آن براساس 42 CFR بخش 2 مجاز باشد. مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این هدف کافی **نیست**.