DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ਗੁਪਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਸਮਝੌਤਾ ਜਾਂ ਵਾਪਸੀ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ	ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੋਸਟਰਿੰਗ ਵੈੱਲ-ਬੀਇੰਗ (Fostering Well-Being - FWB) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਰੈਫ਼ਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂਜੋ ਸਾਡਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕੇ। ਘਰੋਂ ਬਾਹਰ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ, ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਰ ਲੋਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਣ। ਕਈ ਵਾਰੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾੱਰਡ ਕੰਪਿਊਟਰ ਸਿਸਟਮ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ:

- ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ ਵਰਗੀਆਂ ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਪਲਾਨਿੰਗ ਸੇਵਾਵਾਂ;
- ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਲਣ ਵਾਲਿਆਂ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨਾਂ (Sexually Transmitted Infections - STI), ਉਹ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨਾਂ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਨਸੀ ਸੰਪਰਕ (ਸੈਕਸ) ਕਰਨ ਤੋਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਲਣ ਵਾਲਿਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (STD) ਅਤੇ/ਜਾਂ HIV/AIDS ਵਜੋਂ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ; ਅਤੇ/ਜਾਂ
- ਮਾਨਸਿਕ / ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ; ਅਤੇ/ਜਾਂ
- ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ (Substance Use Disorder) ਸੇਵਾਵਾਂ

ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿੱਜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਪਾਰਟਨਰਾਂ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਉਹ ਇਸਨੂੰ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਨਾ ਹੋਵੋ, ਜਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ ਇਹ ਨਾ ਕਹਿੰਦਾ ਹੋਵੇ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕੋਗੇ। ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੈਫ਼ਰ ਕੀਤੇ ਗਏ **13** ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਨੂੰ ਪੁੱਛਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ **'**ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ**,** ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿਚਲੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਤੁਹਾਡੇ **'**ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਾ।

ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮੈਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ। ਉਹ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੇਰੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਸੱਟਾਂ ਬਾਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮੈਨੂੰ ਹੁਣ ਹਨ ਜਾਂ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਸਨ। ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ), ਦਵਾਈਆਂ ਜੋ ਮੈਂ ਹੁਣ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਸੀ, ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਵਰਕਰ ਜਾਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਦੇ ਕੇ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 1:

ਮੈਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਚਿੰਨ੍ਹਿਤ ਕੀਤੀ ਮੇਰੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰਾ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਚਿਲਡਰਨ, ਯੂਥ, ਐਂਡ ਫੈਮਿਲੀਜ਼ (Department of Children, Youth, and Families - DCYF) ਕੇਸ ਵਰਕਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਬਾਇਲੀ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ (Tribal Social Worker), ਮੇਰਾ ਮੌਜੂਦਾ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ, ਅਤੇ ਜੈਵਿਕ ਮਾਪੇ) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ:

☐ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਕਲਾਇੰਟ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ, ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ (ਭਾਵ ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ, ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ, ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ), HIV / AIDS ਅਤੇ STD / STI ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.220), ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.230), ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ (Substance Use Disorder) ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ (42 CFR Part 2) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਇਹਨਾਂ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਜਾਂ (ਜੇਕਰ ਸੈਕਸ਼ਨ 1 ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸੈਕਸ਼ਨ 2 ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਪੂਰੇ ਕਰੋ)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

ਗੁਪਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਸਮਝੌਤਾ ਜਾਂ ਵਾਪਸੀ

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ਸੈਕਸ਼ਨ **2:** **(**ਸੈਕਸ਼ਨ **2A** ਅਤੇ **2B** ਜ਼ਰੂਰ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ**)**

2A. ਮੈਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਚਿੰਨ੍ਹਿਤ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਹੇਠਾਂ ਚਿੰਨ੍ਹਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ / ਪਾਰਟਨਰਾਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ <u>ਸਹਿਮਤ</u> ਹਾਂ:

- ☐ HIV / AIDS ਅਤੇ STD / STI ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਜਾਂਚ, ਜਾਂ ਇਲਾਜ (RCW 70.02.220)
- ☐ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ (ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸੰਤਾਨ-ਸੰਜਮ ਅਤੇ ਗਰਭਪਾਤ)
- ☐ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ (RCW 70.02.230)
- ☐ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਰਿਕਾਰਡ (42 CFR Part 2)

2B. ਪ੍ਰਦਾਤਾ / ਪਾਰਟਨਰ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ):

- ☐ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ
- ☐ ਮੌਜੂਦਾ DCYF ਕੇਸ ਵਰਕਰ (Case Worker) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਬਾਇਲੀ ਸੋਸ਼ਲ ਵਰਕਰ (Tribal Social Worker)
- ☐ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ (Reproductive Health) ਪ੍ਰਦਾਤਾ
- ☐ ਮੌਜੂਦਾ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ / ਫੋਸਟਰ ਮਾਪੇ / ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ
- ☐ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ
- ☐ ਜੈਵਿਕ ਮਾਪੇ (Biological Parent(s)) (ਪਹਿਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਲਿਖੋ):
- ☐ ਹੋਰ (ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ):

ਮੈਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਵੀ <u>ਸਹਿਮਤ</u> ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਪਾਰਟਨਰ ਮੇਰੀ ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਜੋ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ <u>ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ (ਇੱਕ ਨਵੇਂ **DSHS 10-489** ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ), ਇਸ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ</u>, ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੇਸ ਵਰਕਰ ਜਾਂ FWB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਦੇ ਕੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ। ਛੋਟੇ ਦਸਤਖ਼ਤ: _____

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਈ ਜਾਂਦੀ, ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਖਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਰਹੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੈਂ ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਆ ਜਾਂਦਾ/ਜਾਂਦੀ, ਜਾਂ _____ ਤੱਕ।

ਮਿਆਦ ਪੁੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼

☐ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈਂਦਾ/ਲੈਂਦੀ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਦਸਤਖ਼ਤ ਵਾਲਾ ਸੈਕਸ਼ਨ ਭਰੋ।

ਕਲਾਇੰਟ ਜਾਂ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ	ਤਾਰੀਖ਼

ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ	ਕਲਾਇੰਟ ਨਾਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤਾ

<u>ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾਵਾਂ ਲਈ ਨੋਟਿਸ:</u> ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਹਮਣੇ ਉਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਾਹਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜੋ ਫੈਡਰਲ ਗੁਪਤਤਾ ਨਿਯਮਾਂ, 42 Code of Federal Regulations (CFR), Part 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹਨ। ਇਹ ਫੈਡਰਲ ਨਿਯਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਹੋਰ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੁਆਰਾ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ 42 CFR, Part 2 ਦੁਆਰਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਆਮ ਅਧਿਕਾਰ ਇਸ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ <u>ਨਹੀਂ</u> ਹੈ।