Конфиденциальная медицинская информация
Согласие или отзыв согласия

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Имя и фамилия клиента печатными буквами	Дата рождения клиента

Вы были направлены в программу способствования благополучию Fostering Well-Being (FWB), чтобы наша программа смогла помочь вам и другим людям, участвующим в уходе за вами, лучше понимать ваши нужды, связанные с состоянием вашего здоровья. При размещении в специализированном учреждении, важно, чтобы поставщики услуг и другие лица, участвующие в уходе за вами, могли общаться друг с другом, чтобы координировать оказание медицинских услуг. В некоторых случаях ваша медицинская информация может находиться в компьютерной системе или в письменном виде и содержать информацию о/об:

- Услугах по планированию семьи, например, информация о контроле рождаемости и абортах;
- Инфекциях, передающихся половым путем (ИППП) — это заболевания или состояния здоровья, которые вы можете получить при половом контакте, ранее известные как «заболевания, передающиеся половым путем» (ЗППП) и или ВИЧ/СПИД; и/или
- Курсах медикаментозного лечения и услугах, связанных с психическим / поведенческим здоровьем; и/или
- Услугах по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

Поскольку такая конфиденциальная информация является личной, партнеры, у которых есть ваша конфиденциальная информация, не могут предоставлять ее иным людям, если вы не дали на это согласия или законодательство штата Вашингтон не позволяет им предоставлять ее другим лицам.

Если вы не подпишете эту форму, вы все еще можете получать услуги в рамках программы FWB. **Всем лицам старше 13 лет, которые получат направление на участие в нашей программе, будет задаваться вопрос о том, согласны ли они подписать эту форму, вне зависимости от того, применима ли к вам конфиденциальная информация, указанная в этой форме.**

Подписывая настоящую форму согласия, я выражаю собственное согласие с тем, что лицам, которых я указал (-а) в этой форме, разрешено просматривать мою личную и конфиденциальную информацию. Они также могут консультироваться друг с другом, оказывая мне помощь в рамках организации медицинского ухода за мной. Моя конфиденциальная информация может включать в себя записи о заболеваниях или травмах, которые наблюдаются у меня в настоящий момент или имелись в прошлом. Записи могут включать в себя результаты тестов (например, рентгенографию или анализы крови), медикаменты, которые я принимаю в настоящее время или принимал (-а) в прошлом, а также записи, составленные по итогам приемов в больнице, офисах поставщиков услуг или в других клиниках и/или учреждениях.

Я понимаю, что могу в любое время отозвать свое согласие, подписав эту форму и предоставив ее своему курирующему работнику или направив ее в программу FWB. Это не повлияет на ту информацию, которая уже была раскрыта.

Раздел 1:

Я **соглашаюсь** дать разрешение программе FWB на получение и раскрытие отмеченной ниже конфиденциальной информации моим поставщикам услуг и лечащим врачам, включая моего курирующего работника из Департамента по делам детей, молодежи и семей (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) и/или социального работника индейского племени, лицам, оказывающим в настоящее время уход за мной и биологическому родителю/родителям:

☐ Всю мою информацию в качестве клиента, включая, помимо прочего, информацию о репродуктивном здоровье (то есть контроль рождаемости, беременность, аборты), результаты анализов на ВИЧ/ СПИД и инфекции/заболевания, передающиеся половым путем (ИППП/ЗППП) и данные по их диагностике и лечению (RCW 70.02.220), информацию о состоянии психического здоровья (RCW 70.02.230) и о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (42 CFR часть 2).

ИЛИ (Если Раздел 1 не заполнен, то заполните обе части Раздела 2)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Конфиденциальная медицинская информация
Согласие или отзыв согласия

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Раздел 2: (Разделы 2A и 2B должны быть обязательно заполнены)

2A: Я **соглашаюсь** дать разрешение программе FWB на получение и раскрытие отмеченной ниже информации о моем здоровье исключительно поставщикам услуг / партнерам, перечисленным ниже:

- ☐ Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и инфекции/заболевания, передаваемые половым путем (ИППП/ЗППП), а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний (в соответствии с RCW 70.02.220)
- ☐ Информация о репродуктивном здоровье (услуги по планированию семьи, например, контроль рождаемости и аборты)
- ☐ Информация о психическом здоровье (RCW 70.02.230)
- ☐ Информацию о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (в соответствии с 42 CFR Часть 2).

2B. Поставщики услуг/партнеры, с которыми программа FWB может делиться вашей информацией (отметьте все, что применимо):

- ☐ Поставщики медицинских услуг
- ☐ Текущий курирующий работник DCYF и/или индейского племени
- ☐ Поставщики услуг в сфере репродуктивного здоровья
- ☐ Текущее лицо, оказывающее уход / Патронатный родитель / Ухаживающее лицо из числа родственников
- ☐ Поставщики услуг-лечащие врачи
- ☐ Биологический родитель/родители (напишите имена и фамилии):
- ☐ Иное (укажите):

Я также **соглашаюсь с тем**, что партнеры, перечисленные в этой форме, могут обмениваться моей конфиденциальной информацией друг с другом, и не могут обмениваться ею с другими лицами, не указанными в этой форме. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, **отметив поле ниже (используя новую форму DSHS 10-489), подписав ее** и предоставив ее своему социальному работнику или направив ее в программу FWB. Это не повлияет на ту информацию, которая уже была раскрыта. Инициалы _____

Если ранее не было отменено мною, указанная выше конкретная информация считается действительной, пока я не перестану получать патронатное воспитание, или в срок до

_____.
ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ

☐ Я отзываю свое согласие. Заполните следующий раздел, поставив подписи.

Подпись клиента или его/ее законного представителя	Дата

Фамилия и имя законного представителя	Кем приходится законный представитель клиенту

Уведомление для получателей: Эта информация передана вам из документов, подпадающих под федеральные требования о защите конфиденциальности (42 CFR, Часть 2). Федеральные требования запрещают дальнейшую передачу этой информации без явного письменного согласия лица, к которому она относится, либо без иного основания, отраженного в Части 2 раздела 42 CFR. Общего разрешения на передачу медицинской и иной информации **недостаточно** для этой цели.