DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Конфіденційна медична інформація Згода або її відкликання

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ КЛІЄНТА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ КЛІЄНТА

Вас було направлено до програми Fostering Well-Being (FWB), щоб наша програма допомогла вам та іншим особам, які забезпечують догляд за вами, зрозуміти ваші медичні потреби. На час розміщення поза домом дуже важливо, щоб ваші постачальники медичних послуг та інші особи, які забезпечують медичний догляд за вами, могли обмінюватись інформацію одне з одним для координації такого догляду. Іноді ваші медичні записи можуть зберігатися в комп'ютерній системі або в письмовій формі та можуть містити інформацію про:

- Послуги з планування сім'ї, такі як контроль народжуваності та аборти;
- Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), — це інфекції або стани, які ви можете отримати під час статевого контакту, раніше відомі як захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), та/або ВІЛ/СНІД; та/або
- Ліки та послуги для психічного/поведінкового здоров'я; та/або
- Послуги з лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Оскільки ці типи конфіденційної інформації є приватними, партнери, які мають вашу конфіденційну інформацію, не можуть ділитися нею з іншими людьми, якщо ви не погоджуєтесь, або якщо законодавство штату Вашингтон не дозволяє їм ділитися конфіденційною інформацією з іншими людьми.

Якщо ви не підпишете цю форму, ви все одно зможете отримувати послуги за програмою FWB. **Усіх молодих людей віком від 13 років, направлених до нашої програми, запитають, чи хочуть вони підписати цю форму, незалежно від того, чи стосується вас тип конфіденційної інформації, зазначеної в цій формі.**

Підписуючи цю згоду, я погоджуюся з тим, що особи, яких я вказав у цій формі, мають дозвіл на перегляд моєї особистої конфіденційної інформації. Вони можуть радитися один з одним, щоб допомогти мені керувати моїм медичним доглядом. Моя конфіденційна інформація може включати записи про хвороби або травми, які я маю зараз або мав у минулому. Записи можуть включати результати аналізів (таких як рентген та аналізи крові), інформацію про ліки, які я приймаю зараз або приймав у минулому, а також записи про візити до лікарень, офісів постачальників медичних послуг чи інших клінік та/або закладів.

Я розумію, що можу відкликати свою згоду в будь-який час, підписавши цю форму та передавши її своєму соціальному працівнику або програмі FWB. Це не вплине на вже поширену інформацію.

Розділ 1:

Я **згоден** дозволити програмі FWB отримувати та передавати мою конфіденційну інформацію, зазначену нижче, моїм постачальникам послуг та клініцистам, включаючи мого соціального працівника Департаменту у справах дітей, молоді та сімей (DCYF) та/або соціального працівника племені, мого нинішнього доглядальника та біологічних батьків:

☐ Усі мої клієнтські записи, включаючи, але не обмежуючись наступними: медичні записи, записи про репродуктивне здоров'я (тобто контроль народжуваності, вагітність та переривання вагітності), результати тестів на ВІЛ/СНІД та ЗПСШ/ІПСШ, записи про діагностику або лікування (RCW 70.02.220), записи про психічне здоров'я (RCW 70.02.230), а також записи щодо розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (42 CFR Частина 2).

АБО (якщо Розділ 1 не заповнено, будь ласка, заповніть обидві частини Розділу 2)

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Конфіденційна медична інформація
Згода або її відкликання

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Розділ 2: (розділи 2A та 2B обов'язково мають бути заповнені)

2A. Я **погоджуюся** дозволити програмі FWB отримувати та передавати інформацію про моє здоров'я, зазначену нижче, виключно зазначеним нижче постачальникам / партнерам:

- ☐ Інформація про результати аналізів на ВІЛ/СНІД і ЗПСШ/ІПСШ, інформація про відповідні діагнози або лікування (RCW 70.02.220)
- ☐ Інформація про здоров'я репродуктивної системи (послуги з планування родини, такі як контроль народжуваності та переривання вагітності)
- ☐ Записи про стан психічного здоров'я (RCW 70.02.230)
- ☐ Записи про розлади, викликані вживанням психоактивних речовин (42 CFR Part 2)

2B. Постачальники послуг / Партнери, з якими програма FWB може ділитися вашими записами (позначте всі відповідні пункти):

- ☐ Постачальники медичних послуг
- ☐ Поточний соціальний працівник DCYF та/або соціальний працівник племені
- ☐ Постачальники послуг з репродуктивного здоров'я
- ☐ Поточні доглядальники / Патронатні батьки / Родичі-доглядальники
- ☐ Клініцисти-постачальники послуг
- ☐ Біологічні батьки (вкажіть імена та прізвища):
- ☐ Інше (вкажіть):

Я також **погоджуюся** з тим, що партнери, зазначені в цій формі, можуть ділитися моєю конфіденційною інформацією один з одним і не можуть ділитися нею з кимось, хто не вказаний у цій формі. Я можу змінити своє рішення та відкликати свою згоду в будь-який час, **поставивши позначку в полі нижче (використовуючи нову форму DSHS 10-489), підписавши її** та передавши своєму соціальному працівнику або програмі FWB. Це не вплине на вже поширену інформацію. Ініціали: _____

Якщо я раніше не відкликав(ла) свою згоду, зазначена вище інформація дійсна до моменту, поки я не перестану перебувати під патронатним вихованням або до _____.
Дата закінчення дії

☐ Я відкликаю свою згоду. Будь ласка, заповніть розділ підпису нижче.

Підпис клієнта або його законного представника	Дата

Ім'я та прізвище законного представника друкованими літерами	Зв'язок законного представника з клієнтом

Повідомлення для одержувачів: цю інформацію було розкрито вам із записів, захищених федеральними правилами про забезпечення конфіденційності, розділ 42 Кодексу федеральних правил (CFR), Частина 2. Федеральні правила забороняють вам здійснювати будь-яке подальше розкриття цієї інформації, якщо подальше розкриття не дозволено письмовою згодою особи, якої вона стосується, або іншим чином не дозволено розділом 42 CFR, Частина 2. Загального дозволу на розголошення медичної чи іншої інформації **недостатньо** для цієї мети.