Thông tin Sức khỏe Mật
Thỏa thuận Đồng thuận hoặc Rút lại

Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Viết In Tên Thân Chủ	Ngày Sinh Của Thân Chủ

Quý vị đã được giới thiệu đến chương trình Dịch Vụ Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Khỏe Mạnh (FWB) để chương trình của chúng tôi có thể trợ giúp quý vị và những người khác có liên quan đến việc chăm sóc quý vị hiểu được các nhu cầu sức khỏe của quý vị. Trong khi quý vị được bố trí chăm sóc ngoài nhà, điều quan trọng là các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và những người khác có liên quan đến việc chăm sóc quý vị có thể trao đổi với nhau để phối hợp chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đôi khi, hồ sơ sức khỏe của quý vị có thể được lưu trong hệ thống máy tính hoặc bằng văn bản và có thể bao gồm thông tin về:

- Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như biện pháp tránh thai và phá thai;
- Các Nhiễm Trùng Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (STI) là những tình trạng nhiễm trùng hoặc căn bệnh mà quý vị có thể mắc phải do quan hệ tình dục, trước đây được gọi là Các Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (STD) và/hoặc HIV/AIDS; và/hoặc
- Các loại thuốc điều trị và dịch vụ Sức Khỏe Tâm Thần / Hành Vi; và/hoặc
- Các dịch vụ Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện

Vì các loại thông tin bảo mật này mang tính riêng tư, nên các đối tác đang nắm giữ thông tin bảo mật của quý vị không được phép chia sẻ cho những người khác, trừ khi quý vị đồng ý hoặc luật pháp Tiểu Bang Washington cho phép họ có thể chia sẻ thông tin bảo mật này cho những người khác.

Nếu không ký vào mẫu đơn này, quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ từ chương trình FWB. **Tất cả thiếu niên trên 13 tuổi được giới thiệu đến chương trình của chúng tôi sẽ được hỏi xem họ có muốn ký vào mẫu đơn này hay không, cho dù loại thông tin bảo mật trong mẫu đơn này có áp dụng cho quý vị hay không.**

Bằng việc ký tên vào đơn đồng ý này, tôi xác nhận rằng những người mà tôi đã chỉ định trên mẫu đơn này được phép xem thông tin bảo mật và riêng tư của tôi. Họ có thể bàn bạc với một người nào khác để giúp tôi quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Thông tin bảo mật của tôi có thể bao gồm các hồ sơ về bệnh tật hoặc thương tích mà tôi hiện đang bị hoặc đã bị trong quá khứ. Các hồ sơ có thể bao gồm kết quả xét nghiệm (như X-quang và xét nghiệm máu), thuốc điều trị mà tôi hiện đang sử dụng hoặc đã sử dụng trước đó và các hồ sơ từ các cuộc thăm khám tại bệnh viện, phòng khám bác sĩ hoặc dưỡng đường và/hoặc cơ sở khám chữa bệnh khác.

Tôi hiểu tôi có thể rút lại việc đồng ý của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách ký vào mẫu đơn này và nộp cho Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ của mình hoặc chương trình FWB. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.

Mục 1:

Tôi **đồng ý** cho phép chương trình FWB nhận và chia sẻ thông tin bảo mật của tôi được đánh dấu dưới đây với Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ và Chuyên Viên Y Tế của tôi bao gồm Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ của Sở Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên và Gia Đình (DCYF) và/hoặc Nhân Viên Xã Hội của Bộ Lạc, Người Chăm Sóc hiện tại và Cha Mẹ Ruột của tôi:

☐ Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi, bao gồm, nhưng không giới hạn ở hồ sơ Y Tế, Sức Khỏe Sinh Sản (nghĩa là biện pháp tránh thai, mang thai và phá thai), các kết quả xét nghiệm, hồ sơ chẩn đoán hoặc điều trị HIV/AIDS và STD/STI (RCW 70.02.220), hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 70.02.230) và hồ sơ Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (42 CFR Phần 2).

HOẶC (nếu Mục 1 chưa hoàn tất, vui lòng hoàn tất cả hai phần của Mục 2)

Thông tin Sức khỏe Mật
Thỏa thuận Đồng thuận hoặc Rút lại
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

Mục 2: (Mục 2A và 2B phải được hoàn tất)

2A. Tôi **đồng ý** cho phép chương trình FWB nhận và chia sẻ về thông tin sức khỏe của tôi được đánh dấu dưới đây chỉ với các Nhà Cung Cấp / Đối Tác đó được đánh dấu dưới đây:

- ☐ Các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị HIV/AIDS và STD/STI (RCW 70.02.220)
- ☐ Sức Khỏe Sinh Sản (các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như biện pháp tránh thai và phá thai)
- ☐ Hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 70.02.230)
- ☐ Hồ sơ Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (42 CFR Phần 2)

2B. Các Nhà Cung Cấp / Đối Tác mà chương trình FWB có thể chia sẻ hồ sơ của quý vị (đánh dấu tất cả mục thích hợp):

- ☐ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế
- ☐ Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ hiện tại của DCYF và/hoặc Nhân Viên Xã Hội của Bộ Lạc
- ☐ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Sức Khỏe Sinh Sản
- ☐ Người Chăm Sóc hiện tại / Cha Mẹ Nuôi / Thân Nhân Chăm Sóc
- ☐ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ và Chuyên Viên Y Tế
- ☐ Cha Mẹ Ruột (liệt kê tên và họ):
- ☐ Khác (liệt kê):

Tôi cũng **đồng ý** rằng các đối tác được liệt kê trong mẫu đơn này có thể chia sẻ thông tin bảo mật của tôi với nhau và không được chia sẻ thông tin cho bất kỳ người nào không được liệt kê trong mẫu đơn này. Tôi có thể thay đổi quyết định và rút lại việc đồng ý của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách **đánh dấu vào ô dưới đây (sử dụng mẫu đơn DSHS 10-489 mới), ký tên** và nộp cho Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ của mình hoặc chương trình FWB. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.
Chữ ký tắt: _____

Trừ khi tôi đã rút lại việc đồng ý trước đó, thông tin cụ thể trên đây sẽ có hiệu lực cho đến khi tôi không còn được chăm sóc nuôi dưỡng nữa, hoặc cho đến khi _____.
Ngày Hết Hạn

☐ Tôi rút lại việc đồng ý của mình. Vui lòng hoàn tất mục ký tên sau đây.

Chữ Ký Thân Chủ hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp của Thân Chủ	Ngày

Viết In Tên Người Đại Diện Hợp Pháp	Mối Quan Hệ của Người Đại Diện Hợp Pháp với Thân Chủ

Thông Báo dành cho Người Nhận: Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ theo những quy tắc bảo mật của liên bang, Các Quy Định Của Bộ Luật Liên Bang (CFR) Tiêu Đề 42, Phần 2. Các luật liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ mục nào của thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép rõ ràng bằng văn bản đồng ý của người có liên quan hoặc theo các quy định khác của CFR Tiêu Đề 42, Phần 2. Một giấy ủy quyền chung về việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là **không** đáp ứng yêu cầu cho mục đích này.