

第 I 節

我， _____ ，接到了下列資料，這些資料是關於 _____ 的。
 看護提供者的姓名 子女的姓名

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 診斷 | <input type="checkbox"/> AIDS 症狀 |
| <input type="checkbox"/> 治療提供者的姓名 / 電話號碼 (見第 II 節) | |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 接觸 | <input type="checkbox"/> 活動 / 評注 (見第 III 節) |

第 II 節

主要醫藥服務者	公共健康 / AIDS 個案經理	其它
姓名	姓名	姓名
地址	地址	地址
電話號碼	電話號碼	電話號碼

第 III 節 活動 / 評注

--

第 IV 節

此資料從保密性受到本州法律保護的記錄中透露給您。本州法律禁止您在沒有相關人士的具體書面同意或本州法律其它方式的准許的情況下進一步透露此資料。一份透露醫藥或其它資料的一般授權不能夠滿足此要求。

我已經閱讀并且理解上述聲明

看護提供者的簽名	與子女的關係	社會工作者的簽名	日期
----------	--------	----------	----

- 透露此資料的授權：
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RCW 70.24.105 | <input type="checkbox"/> 父母 / 監護人存檔的允許 |
| <input type="checkbox"/> 法院命令 | <input type="checkbox"/> 子女 (14 或更大) 存檔的允許 |