



ການເປີດເຜີຍລາຍລະອຽດຄວາມລັບຂອງພະຍາດ ໄວຣັສ/ເອດ
DISCLOSURE OF CONFIDENTIAL HIV/AIDS INFORMATION

SECTION I ໝວດ 1

ຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ໄດ້ຮັບລາຍລະອຽດທີ່ໄປນີ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ _____
 ຊື່ຜູ້ຮັກສາເດັກ ຊື່ຂອງເດັກ

I, _____, have received the following information concerning _____
 CARE PROVIDER'S NAME CHILD'S NAME

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ການວິໄຈພະຍາດ ໄວຣັສ/ເອດ
HIV/AIDS diagnosis | <input type="checkbox"/> ອາການເຈັບຂອງພະຍາດ ເອດ
AIDS symptoms |
| <input type="checkbox"/> ຊື່/ເລກໂທຣະສັບ ຂອງຜູ້ພະຍາບານ (ໃຫ້ເບິ່ງໝວດ 2)
Names/telephone numbers of treatment providers (See Section II) | <input type="checkbox"/> ກິຈການ/ຄວາມເຫັນ (ໃຫ້ເບິ່ງໝວດ 3)
Activities/comments (See Section III) |
| <input type="checkbox"/> ການແຜ່ພາຍພະຍາດ ໄວຣັສ/ເອດ
HIV/AIDS exposure | |

SECTION II ໝວດ 2

ຜູ້ພະຍາບານອັນຕົ້ນ PRIMARY MEDICAL PROVIDER	ຫ້ອງການສາທາຣະນະສຸກ ຫົວໜ້າກຳກັບສຳນວນພະຍາດເອດ PUBLIC HEALTH/AIDS CASE MANAGER	ອື່ນ OTHER
ຊື່ NAME	ຊື່ NAME	ຊື່ NAME
ບ່ອນຢູ່ ADDRESS	ບ່ອນຢູ່ ADDRESS	ບ່ອນຢູ່ ADDRESS
ເລກໂທຣະສັບ TELEPHONE NUMBER	ເລກໂທຣະສັບ TELEPHONE NUMBER	ເລກໂທຣະສັບ TELEPHONE NUMBER

SECTION III: ACTIVITIES/COMMENTS ໝວດ 3: ກິຈການ/ຄວາມເຫັນ

SECTION IV ໝວດ 4

ລາຍລະອຽດນີ້ຖືກເປີດເຜີຍຕໍ່ທ່ານຈາກບັນທຶກຄວາມລັບຜູ້ຊຶ່ງໄດ້ຖືກປົກປ້ອງຈາກກົດໝາຍລັດ. ກົດໝາຍລັດຮັບຮູ້ວ່າການເປີດເຜີຍທຸກຢ່າງຕໍ່ໄປປາສຈາກນີ້ຄຳບົມບອນເປັນລາຍລັກອັກສອນສະເພາະຂອງບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຫລື ບໍ່ດັ່ງນັ້ນຖືກອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍລັດ. ການມອບໝາຍທົ່ວໄປສຳລັບປ່ອຍລາຍລະອຽດດ້ານພະຍາບານ ຫລື ອື່ນແມ່ນບໍ່ພຽງພໍສຳລັບຈຸດປະສົງນີ້.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈຄຳກ່າວຢູ່ຂ້າງເທິງນັ້ນ.

This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by state law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.

I have read and understand the above statement.

ລາຍເຊັນຜູ້ເຮັດການຮັກສາ CARE PROVIDER'S SIGNATURE	ຄວາມສຳພັນກັບເດັກ RELATIONSHIP TO CHILD	ລາຍເຊັນຂອງພະນັກງານຊ່ວຍເຫລືອສັງຄົມ SOCIAL WORKER'S SIGNATURE	ວັນທີ DATE
---	---	--	---------------

- ອຳນາດໃຫ້ການເປີດເຜີຍລາຍລະອຽດນີ້:
- Authority to disclose this information:**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ກົດໝາຍເລກທີ
RCW 70.24.105 | <input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ໃຫ້ອະນຸຍາດຢູ່ໃນເອກກະສານ
Parent/guardian permission on file |
| <input type="checkbox"/> ຄຳສັ່ງສານ
Court order | <input type="checkbox"/> ເດັກ (14 ປີ ຫລື ແກ່ກວ່າ) ໃຫ້ອະນຸຍາດຢູ່ໃນເອກກະສານ
Child (14 or older) permission on file |