

កិច្ចព្រមព្រៀងការបន្តក្នុងកម្មវិធីមើលថែកុមារកំព្រា Extended Foster Care Program Consent

អ្នកត្រូវបានជ្រើសរើសទៅកាន់សមាជិកនៃកម្មវិធី ការបន្តមើលថែកុមារកំព្រា។ នៅក្នុងកំឡុងកម្មវិធីបន្តមើលថែកុមារនេះ, អ្នកផ្តល់មើលថែរបស់អ្នក និង បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនៅក្នុងសំណុំរឿងរបស់អ្នក ត្រូវរៀបចំការងារដើម្បីឱ្យមានការរស់នៅស្របច្បាប់ និង សុខភាពសតិអារម្មណ៍របស់អ្នក។ ពួកគេត្រូវទាំងអស់រៀបចំកិច្ចការដែលកំណត់មានសុខភាពរបស់អ្នក ព្រមទាំង ព័ត៌មានសុខភាពសតិអារម្មណ៍របស់អ្នក ទៅវិញទៅមក ដើម្បីផ្តល់ការមើលថែបន្តរបស់អ្នក។ បើសិនជាអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះទេ វិ មិនចង់ចូលទៅក្នុងកម្មវិធីបន្តមើលថែកុមារកំព្រា, អ្នកនៅតែអាចទទួលបានគុណប្រយោជន៍គាំពារសុខភាពកំឡុងពេលដែលអ្នក មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីមេឌីគែម។

បើសិនជាអ្នកយល់ព្រម និង ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ, ក្រុមសំរាប់ស្រាវជ្រាវសុខុមាលភាពកុមារកំព្រា (FWB CCU) និង ផែនការដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុងទម្រង់នេះត្រូវបានអនុញ្ញាតិដោយ ទទួលបាន មើល ធ្វើច្បាប់ចំលង និង ចែករំលែកទៅវិញទៅមករាល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដែលពួកគេត្រូវការគ្រប់គ្រងការមើលថែរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានដែលពួកគេទទួលបាន មើល ធ្វើច្បាប់ចំលង និង ចែករំលែក នឹងចាប់ផ្តើមចាប់ពី មុនពេល រឺ ក្រោយពេលអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ របាយការណ៍សុខភាពរបស់អ្នកមានព័ត៌មានអំពីជំងឺរបស់អ្នក រឺ រូសស្មាររបស់អ្នក ដែលធ្លាប់មានពីមុនមក រួមទាំង លទ្ធផលតេស្តដូចជា x-rays, រឺ ការធ្វើតេស្តឈាម និង ថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ រឺ ធ្លាប់ប្រើប្រាស់ពីមុនមក។ របាយការណ៍សុខភាពរបស់អ្នកអាចមានដូចជា:

1. កម្មវិធីការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និង ថ្នាំញៀន ដែលអ្នកកំពុងតែស្ថិតនៅក្នុង រឺ ធ្លាប់មានពីមុនមក;
2. សេវាគំរោងគ្រួសារដូចជា ការពន្យារកំណើត និង ការយកកូនចេញ ;
3. ជំងឺឆ្លងគំនររាង;
4. ជំងឺអេដស៍ HIV/AIDS;
5. ស្ថានភាពសុខភាពសតិអារម្មណ៍; និង
6. ជំងឺឆ្លងពីការរួមភេទ

ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាការសំងាត់ និង មិនអាចដោយទោសណាម្នាក់ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតិពីអ្នកក្រោមច្បាប់ និង វិន័យរបស់ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន និង សហរដ្ឋអាមេរិកនោះទេ។ ផែនការដែលមានព័ត៌មានសុខភាព របស់អ្នកមិនអាចដោយព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកទៅកាន់បុគ្គលផ្សេងទៀត លុះត្រាតែអ្នកយល់ព្រម រឺ ច្បាប់ចែងថាពួកគេអាចដោយព័ត៌មានទាំងនោះទៅកាន់ណាម្នាក់បាន។ នេះគឺជាការពិតបើសិនជាព័ត៌មាន សុខភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ រឺ នៅលើក្រដាស។

ខ្ញុំយល់ព្រម អនុញ្ញាតិដោយ FWB CCU ទទួលបានរាល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ពីផែនការដែលរាយឈ្មោះនៅក្នុងទម្រង់នេះដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងការមើលថែរបស់ខ្ញុំ និង ពិនិត្យមើលបើសិនជាខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុង គំរោងមើលថែគ្រប់គ្រង និង គុណប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ខ្ញុំព្រមទាំងយល់ព្រមដោយផ្ទាល់ខ្លួនឱ្យធ្វើការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅវិញទៅមក។ ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្ត និង យកកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំមកវិញគ្រប់ពេលដោយចុះហត្ថលេខាលើ ទម្រង់ការដកយកកិច្ចព្រមព្រៀង និង ដោយទៅអ្នកធ្វើការសង្គមរបស់ខ្ញុំ រឺ ទៅកាន់ FWB CCU។ ទាំងនេះមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មាន ដែលបានចែករំលែកហើយនោះទេ។

ខ្ញុំធ្វើការដាក់លាក់ផ្តល់សិទ្ធិច្បាប់សំរាប់ព័ត៌មានខាងក្រោមក្នុងការផ្សព្វផ្សាយ:

- | | |
|---|-----------------------|
| ព័ត៌មានក្នុងការផ្សព្វផ្សាយ | អក្សរកាត់តំណាង |
| <input type="checkbox"/> លទ្ធផលតេស្តជំងឺអេដស៍ HIV / AIDS និង STD ព្រមទាំង ការវិភាគអាត និង របាយការណ៍ការព្យាបាល (RCW 70.24.105) | _____ |
| <input type="checkbox"/> របាយការណ៍សុខភាពសតិអារម្មណ៍ (RCW 71.05.620) | _____ |
| <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ ការពិនិត្យសារធាតុគីមី (42 CFR Part 2) | _____ |

ច្បាប់ខ្លះចំពោះមើលថែសុខភាពសំរាប់ ជំងឺអេដស៍ HIV / AIDS, រឺរបាយការណ៍ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និង ថ្នាំញៀន។ ផែនការដែលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែគោរពច្បាប់។ សូមអានរាល់ព័ត៌មានទាំងឡាយមុននឹងចុះហត្ថលេខា។

លុះត្រាតែរាល់ព័ត៌មានទាំងនោះត្រូវបានបញ្ឈប់ដោយខ្ញុំ, ព័ត៌មានដាក់លាក់ខាងលើនឹងមានសុពលភាពរហូតដល់ _____.

ឈ្មោះអតិថិជន	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត អតិថិជន
ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន រឺ អតិថិជនផ្ទាល់	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ទៅកាន់អតិថិជន
រាយឈ្មោះផែនការចូលរួម	កាលបរិច្ឆេទ
	អក្សរកាត់តំណាងរបស់អតិថិជន