

寄养看护延续计划同意书

Extended Foster Care Program Consent

您已被选中参与寄养看护延续计划。在您参与寄养看护延续计划期间，您的医疗保健服务提供者和参与您医疗保健事宜的其他相关人员需要通过某种渠道就您的医疗保健和（或）心理健康服务相互交谈。他们需要相互交流您的医疗保健和（或）心理健康情况，以便为您提供更好的医疗保健服务。如果您不签署这份表格或者不想加入寄养看护延续计划，只要您符合 Medicaid 医疗辅助方案保险福利资格，仍可获得医疗保健服务。

如果您同意并签署这份表格，列入此表格的离家安置儿童之医疗保健协调服务科(FWB CCU)以及合作机构将根据需要而获得许可接获、查看、阅览、复印并相互透露您的全部健康情况，以便协助您管理您的医疗保健服务。他们接获、查看、阅览、复印和相互透露的情况可能涉及您签署此表格日期之前和之后的情况。您的健康情况可能涉及您以前的患病或受伤情况或者您以前可能发生过的患病或受伤情况；化验测试结果，例如 X 光透视或验血等；以及您目前服用或以前曾服用过的药物。您的健康记录也可能含有以下相关情况：

1. 您目前参加或以前曾经参加过的酒精或药物滥用症戒除治疗计划；
2. 计划生育服务，例如节育和流产服务等；
3. 遗传疾病；
4. 艾滋病毒感染/艾滋病；
5. 心理健康状况；以及（或者）
6. 性传染病（经由性行为传播的疾病）。

您的健康情况属于保密情况；而且，依据华盛顿州及联邦法律和规章条例规定，未经您许可，不得向其他人披露这些情况。合作机构不得向其他人透露您的情况；除非经您同意，或者法律允许他们向其他人提供这些情况。如果您的健康情况已经存入计算机系统或以书面方式存盘，上述规定则适用。

本人同意让 FWB CCU 从列入此表格的合作机构那里获得我的全部健康情况，以便协助本人管理我的医疗保健服务，并且查明本人是否已加入某项统一管理保健计划以及本人有资格获得哪些福利待遇。本人同意让列入此表格的合作机构相互透露我的健康情况。若本人改变主意并想撤销此项同意，我可以随时签署一份同意书撤销表格，并提交给我的社会工作人员或者 FWB CCU。已经透露的任何情况将不会因此而受影响。

本人特此允许披露以下特定情况：

将披露的情况

姓名缩写

- 艾滋病毒感染/艾滋病和性传染病测试结果、诊断或诊疗记录（华盛顿州修正法规 RCW 70.24.105）_____
- 心理健康记录（华盛顿州修正法规 RCW 71.05.620）_____
- 酒精与药物依赖症(CD)治疗记录（第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部份）_____

某些法律涵盖艾滋病毒感染/艾滋病治疗、心理健康记录以及药物与酒精滥用症治疗情况。使用您健康情况的合作机构必须遵守上述各项法律规定。于您签署此表格之前，请阅读此表格中的全部情况。

上述特定情况将持续至_____，除非本人之前已撤销这些情况。
期满失效日期

个案当事人姓名（请工整填写）	个案当事人出生日期	
个案当事人或个案当事人之法律代表签名	日期	
法律代表之姓名（请工整填写）	法律代表与个案当事人的关系	
请列出签约合作机构之姓名或名称	日期	个案当事人之姓名缩写