

위탁보호연장 프로그램 동의서

Extended Foster Care Program Consent

귀하께서는 위탁보호연장 프로그램의 일부가 되기를 선택하셨습니다. 위탁보호연장 프로그램에 참여하시는 동안 양육에 관련된 의사 및 그 밖의 사람들이 귀하의 신체적 건강/정신 건강에 관해 서로 논하고 관련 정보들을 서로 공유할 수 있어야만 귀하를 더 잘 돌볼 수 있습니다. 이 양식에 서명을 하지 않거나 위탁보호연장 프로그램 참여를 원치 않는 경우에도 Medicaid 수혜자격이 있는 동안은 건강보험혜택을 받으실 수 있습니다.

이 양식 내용에 동의하고 서명하는 경우 FWB CCU (Fostering Well-Being Care Coordination Unit)와 이 양식 뒷면에 나와 있는 관계자들이 귀하를 보호관리하는 데 필요한 모든 귀하의 건강 정보를 획득, 조회, 판독, 복사 및 공유할 수 있습니다. 해당 기관 및 개인들이 획득, 조회, 판독, 복사 및 공유하는 건강 정보는 귀하께서 본 양식에 서명한 날짜 이전 및 이후의 것일 수 있습니다. 귀하의 건강 기록에는 귀하가 현재 앓고 있는 또는 이전에 앓았던 질병이나 손상, 검사 결과(예: 엑스레이 또는 임상 병리 검사) 및 현재 또는 이전에 복용했던 의약품 등에 관한 정보가 있습니다. 그리고 다음 정보도 포함할 수 있습니다.

1. 지금 현재 또는 이전에 받았던 알코올 또는 마약 치료 프로그램
2. 피임 및 낙태와 같은 가족계획 서비스
3. 선천성 질병
4. HIV/에이즈
5. 정신건강상태 및/또는
6. 성병(성교로 전염된 질병)

귀하의 건강 정보는 개인적인 것이므로, 워싱턴 주 및 미국의 법률과 규칙에 의거하여 귀하의 동의 없이 타인에게 제공할 수 없습니다. 귀하의 건강정보를 갖고 있는 제휴 기관이나 사람은 귀하의 동의 없이 또는 법에 의해 다른 사람에게 제공해야 하는 경우를 제외하고 귀하의 건강정보를 다른 사람에게 제공할 수 없습니다. 이는 귀하의 건강 정보가 컴퓨터 시스템상에 있든 서류상에 있든 마찬가지로 해당됩니다.

본인은 FWB CCU 에서 이 양식에 기재한 제휴 기관이나 사람으로부터 모든 제 건강정보를 입수하는 것을 허용합니다. FWB CCU 에서 제 건강정보를 입수하는 이유는 제 건강을 관리하고 제가 관리의료플랜을 이용하고 있으며 어떤 의료혜택을 받을 자격이 있는 지를 확인하기 위해서입니다. 또한 이 양식에 기재된 제휴 기관이나 사람은 서로 제 건강정보를 공유할 수 있음에 동의합니다. 본인이 마음을 바꾸어 동의 철회 양식(Withdrawal of Consent Form)에 서명하고 그 양식을 제 사회복지사 또는 FWB CCU 에 제출하면 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 본인이 동의를 철회할 경우 이미 공유된 정보에는 영향을 주지 않습니다.

본인은 특히 다음 기록을 공개하는 것을 허용합니다

공개될 정보

이니셜

HIV/에이즈 및 성병검사 결과, 진단 또는 치료 기록(RCW 70.24.105)

정신건강기록(RCW 71.05.620)

화학물 의존(CD) 기록(42 CFR, 2 부)

HIV/에이즈에 대한 치료, 정신건강 기록 및 약물과 알코올 사용에 대해 다루는 법률이 있습니다. 제휴 기관이나 사람은 귀하의 건강정보 사용에 있어 반드시 이들 법률을 준수해야 합니다. 귀하께서는 서명하기 전에 본 동의서상의 모든 정보를 주의깊게 읽으시기 바랍니다.

본인이 미리 철회하는 경우를 제외하고 위의 특정 정보는 _____까지 유효합니다.

만기일

수혜자 이름(인쇄체로 기입)	수혜자 생년월일	
수혜자 또는 수혜자의 법적 대리인 서명	날짜	
법적 대리인의 이름(인쇄체로 기입)	수혜자와 법적 대리인과의 관계	
참여하는 의료진/제휴 기관 목록	날짜	수혜자 이니셜