

Mẫu Đơn Ưng Thuận Chương Trình Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Kéo Dài Extended Foster Care Program Consent

Quý vị đã quyết định trở thành thành viên của Chương Trình Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Kéo Dài. Khi trong Chương Trình Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Kéo Dài, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và những người khác có liên quan đến việc chăm sóc của quý vị có thể cần phải nói cho nhau biết về việc chăm sóc sức khỏe và/hoặc sức khỏe tâm thần của quý vị. Họ cũng cần chia sẻ thông tin sức khỏe và/hoặc sức khỏe tâm thần của quý vị với nhau để chăm sóc cho quý vị tốt hơn. Nếu quý vị không ký vào mẫu đơn này hoặc không muốn có tên trong Chương Trình Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Kéo Dài, tuy nhiên quý vị có thể sẽ nhận được các phúc lợi chăm sóc sức khỏe miễn là quý vị hội đủ điều kiện hưởng bao phí Medicaid.

Nếu quý vị đồng ý và ký vào mẫu đơn này, Đơn Vị Điều Phối Dịch Vụ Chăm Sóc Khỏe Mạnh và Nuôi Dưỡng (FWB CCU) và các thành viên được liệt kê trong mẫu đơn này được phép nhận, xem, đọc, sao chép và chia sẻ với nhau về TẤT CẢ thông tin sức khỏe của quý vị mà họ cần trợ giúp quý vị quản lý việc chăm sóc của mình. Thông tin sức khỏe mà họ nhận, xem, đọc, sao chép và chia sẻ có thể có từ trước hoặc sau ngày quý vị ký vào mẫu đơn này. Các hồ sơ sức khỏe của quý vị có thể có thông tin về bệnh tật hoặc thương tổn mà quý vị có hoặc có thể đã có trước đây; các kết quả xét nghiệm, chẳng hạn như x-quang, hoặc thử máu; và thuốc chữa bệnh mà quý vị hiện đang dùng hoặc đã dùng trước đây. Hồ sơ sức khỏe của quý vị có thể có thông tin về:

1. Chương trình sử dụng rượu bia hoặc ma túy, mà quý vị hiện đang sử dụng hoặc đã sử dụng trước đây;
2. Dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như sinh đẻ có kế hoạch và phá thai;
3. Bệnh di truyền;
4. HIV/AIDS;
5. Tình trạng sức khỏe tâm thần; và/hoặc
6. Bệnh lây truyền qua đường tình dục (các bệnh mà quý vị có thể mắc phải khi quan hệ tình dục).

Thông tin sức khỏe của quý vị là riêng tư và không thể cung cấp cho những người khác mà không có sự cho phép của quý vị theo luật lệ và quy định của Tiểu Bang Washington và Hoa Kỳ. Các thành viên có thông tin sức khỏe của quý vị, họ không thể cung cấp thông tin sức khỏe của quý vị cho những người khác trừ khi quý vị đồng ý hoặc luật lệ cho biết họ có thể cung cấp thông tin cho những người khác. Đây là sự thật nếu thông tin sức khỏe của quý vị có trong hệ thống máy tính hoặc trên giấy.

- Tôi ĐỒNG Ý cho phép FWB CCU nhận TẤT CẢ thông tin sức khỏe của tôi từ các thành viên được liệt kê trong mẫu đơn này để hỗ trợ tôi quản lý việc chăm sóc của mình, và kiểm tra xem tôi có tên trong một chương trình quản lý chăm sóc và các phúc lợi nào tôi hội đủ điều kiện để hưởng hay không. Tôi cũng ĐỒNG Ý rằng các thành viên được liệt kê trong mẫu đơn này có thể chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với nhau. Tôi có thể thay đổi ý kiến và lấy lại đơn ưng thuận của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách ký vào Mẫu Đơn Xin Hủy Bỏ Sự Ưng Thuận và gửi đến cho Nhân Viên Xã Hội của mình hoặc FWB CCU. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ.

Tôi đặc biệt cho phép các thông tin sau đây được tiết lộ:

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ

CHỮ KÝ TÁT

- Các kết quả xét nghiệm HIV / AIDS và STD, hồ sơ chẩn đoán và điều trị (RCW 70.24.105) _____
- Hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 71.05.620) _____
- Hồ sơ Nghiện Hóa Chất (CD) (42 CFR Phần 2) _____

Một số luật bao gồm dịch vụ chăm sóc về HIV / AIDS, các hồ sơ sức khỏe tâm thần và việc sử dụng ma túy và rượu bia. Các thành viên sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị phải tuân theo các luật này. Xin đọc tất cả thông tin trong mẫu đơn này trước khi quý vị ký vào.

Trừ khi trước đây tôi đã hủy bỏ, thông tin cụ thể trên đây là có hiệu lực cho đến _____
NGÀY HẾT HẠN

TÊN THÂN CHỦ VIẾT IN	NGÀY SINH CỦA THÂN CHỦ	
CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA THÂN CHỦ	NGÀY	
TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP VIẾT IN	MỐI QUAN HỆ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP VỚI THÂN CHỦ	
LIỆT KÊ TÊN CÁC THÀNH VIÊN THAM GIA	NGÀY	CHỮ KÝ TÁT CỦA THÂN CHỦ