Washington State Department of Social & Health Services

SUOSTUMUS
CONSENT

HUOMAUTUS ASIAKKAILLE: Sosiaali- ja terveyspalveluosasto voi auttaa teitä paremmin, jos me voimme toimia yhdessä toisten virastojen ja ammattilaisten kanssa, jotka tuntevat teidät ja teidän omaisenne. Allekirjoittamalla tämän kaavakkeen annatte osastolle sekä jäljempänä luetelluille virastoille ja henkilöille luvan käyttää ja jakaa teitä koskevia luottamuksellisia tietoja. Osasto ei voi evätä teiltä etuuksia, jos ette allekirjoita tätä lomaketta, paitsi jos teidän suostumuksenne tarvitaan kelpoisuutenne selvittämiseen. Jos ette allekirjoita tätä lomaketta, osasto voi siitä huolimatta jakaa teitä koskevia tietoja lain sallimissa rajoissa. Jos teillä on kysymyksiä siitä, miten osasto jakaa asiakkaiden luottamuksellisia tietoja, tai yksityisyydensuojastanne, tutustukaa osaston yksityisyydensuojaa koskevaan ilmoitukseen tai kysykää tämän lomakkeen teille antaneelta henkilöltä.

ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT:

NIMI	SYNTYMÄAIKA	HENKILÖTUNNUS

OSOITE	KAUPUNKI	OSAVALTIO	POSTINUMERO

PUHELINNUMERO (MUKAAN LUKIENSUUNTANUMERO)	MUITA TIETOJA

SUOSTUMUS:

Suostun siihen, että sosiaali- ja terveyspalveluosaston hallussa olevia minua koskevia luottamuksellisia tietoja käytetään suunnittelemaan, tarjoamaan ja sovittamaan yhteen minulle tarjottuja palveluja, hoitoja, maksuja ja etuuksia tai muihin laissa sallittuihin tarkoituksiin. Annan osastolle sekä jäljempänä luetelluille virastoille, palveluntarjoajille tai henkilöille luvan käyttää minua koskevia luottamuksellisia tietoja ja paljastaa ne toisilleen näihin tarkoituksiin. Tietoja voidaan jakaa suullisesti tai tietokoneiden välityksellä, postitse tai henkilökohtaisesti luovuttamalla.

Rastittakaa jäljempänä luetelluista henkilöistä kaikki, jotka tämä suostumus käsittää osaston lisäksi ja ilmoittakaa heidän nimensä ja osoitteensa:

- ☐ Terveydenhuoltohenkilöstö: _____
- ☐ Mielenterveyshenkilöstö: _____
- ☐ Päihdehuoltohenkilöstö: _____
- ☐ Muut osaston sopimuskumppanit: _____
- ☐ Asunto-ohjelmat: _____
- ☐ Koulupiirit tai korkeakoulut: _____
- ☐ Kurinpito-osasto: _____
- ☐ Työsuhdeturvaosasto ja sen työkumppanit: _____
- ☐ Kansaneläkelaitos tai muu liittovaltion laitos: _____
- ☐ Katso oheinen luettelo
- ☐ Muuta:

Annan valtuutukseni ja suostumukseni seuraavien asiakirjojen ja tietojen jakamiseen (rastita kaikki kyseeseen tulevat):

- ☐ Kaikki asiakasasiakirjani
- ☐ Oheisessa luettelossa olevat asiakirjat
- ☐ Ainoastaan seuraavat asiakirjat:
  - ☐ Perhe- ja sosiaalitiedot sekä työsuhdehistoria
  - ☐ Terveydenhuoltotiedot
  - ☐ Hoito- tai huoltosuunnitelmat
  - ☐ Maksuasiakirjat
  - ☐ Henkilökohtaiset arvioinnit
  - ☐ Koulu, opinnot ja koulutus
  - ☐ Muut (luettelo):

HUOMIO: Jos asiakasasiakirjanne sisältävät joitakin seuraavista tiedoista, teidän on täytettävä myös tämä osio ko. asiakirjojen osalta.

Annan luvan paljastaa seuraavat asiakirjat (rastita kaikki kyseeseen tulevat):

☐ Mielenterveys ☐ HIV/AIDS ja sukupuolitautitestitulokset, diagnoosi tai hoito ☐ Päihdehuolto

- **Tämä suostumus on voimassa ☐ yhden vuoden ☐ niin kauan kuin osasto tarvitsee asiakirjoja, tai**
  ☐ _____ asti (päivämäärä tai tapahtuma).
- **Voin kumota tai peruuttaa tämän suostumuksen milloin tahansa kirjallisesti, mutta se ei vaikuta jo jaettuihin tietoihin.**
- **Ymmärrän, että tämän suostumuksen mukaisesti jaetut tiedot eivät ole välttämättä osastoa koskevien lakien suojaamia.**
- **Tämän lomakkeen jäljennös riittää suostumukseni antamiseen asiakirjojen jakamiselle.**

ALLEKIRJOITUS	PÄIVÄMÄÄRÄ	VIRASTON YHTEYSHENKILÖ/TODISTAJAN ALLEKIRJOITUS	PÄIVÄMÄÄRÄ

VANHEMPI TAI MUUN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS (TARVITTAESSA)	PUHELINNUMERO (MUKAAN LUKIEN SUUNTANUMERO)	PÄIVÄMÄÄRÄ

Jos minä en ole se, jota asiakirjat koskevat, minulla on valtuus allekirjoittaa, koska olen (liitä mukaan todistus valtuutuksesta)

☐ Toinen vanhemmista ☐ Laillinen huoltaja (liittäkää mukaan oikeuden määräys) ☐ Henkilökohtainen edustaja ☐ Muu:

HUOMAUTUS TIETOJEN SAAJILLE: **Jos nämä asiakirjat sisältävät tietoja HIV:stä, sukupuolitaudeista tai AIDSista, ette saa antaa näitä tietoja eteenpäin ilman asiakkaan nimenomaista suostumusta.** Jos olette saaneet tietoja asiakkaan **huumausaineiden tai alkoholin väärinkäytöstä**, teidän on liitettävä mukaan seuraava vakuutus antaessani tietoja eteenpäin 42 CFR 2.32:n edellyttämällä tavalla:

> Nämä teille annetut tiedot perustuvat liittovaltion salassapitoehtojen (42 CFR osa 2) suojaamiin asiakirjoihin. Liittovaltion määräykset kieltävät teitä antamasta näitä tietoja eteenpäin millään tavalla, jollei tietojen antaminen ole nimenomaan sallittu asianomaisen kirjallisella suostumuksella tai 42 CFR osa 2 ei salli sitä muuten. Lääketieteellisten tai muiden tietojen vapauttamiseen annettu yleinen valtuutus EI riitä tähän tarkoitukseen. Liittovaltion säännöt rajoittavat tietojen kaikenlaisen käytön alkoholin tai päihteiden väärinkäyttöä potevan henkilön rikosoikeudelliseen tutkintaan tai syytteen nostamiseen.

SUOSTUMUSLOMAKKEEN TÄYTTÖOHJEET

Tarkoitus: Käytä tätä lomaketta tarvitessasi suostumuksen luottamuksellisten tietojen jatkuvaan käyttöön osaston asiakkaasta tai näiden tietojen antamiseen muille virastoille palvelujen tai hoidon taikka maksu- tai viranomaistoimien yhteensovittamiseksi tai muihin lain sallimiin tarkoituksiin. Asiakkaat ovat henkilöitä, jotka saavat osastolta etuuksia tai palveluja.

Käyttö: Täytä tämä lomake sähköisesti, jos mahdollista, lukemisen helpottamiseksi. **Erillinen lomake on täytettävä jokaista henkilöä varten, mukaan luettuna lapset.** Ohjeissa käytetty “sinä" viittaa osaston työntekijään, ja lomakkeessa käytetty "te" viittaa asiakkaaseen. Asiakirjojen jakaminen käsittää asiakasta koskevien luottamuksellisten tietojen käytön ja antamisen.

Lomakkeen osat:

HENKILÖTIEDOT:

- Nimi: Ilmoita yhdellä lomakkeella ainoastaan yhden asiakkaan nimi. Mainitse myös aikaisemmat nimet, joita asiakas on voinut käyttää palveluja vastaanottaessaan.
- Syntymäaika: Tarvitaan yksilöimään asiakas muiden samannimisten henkilöiden joukosta.
- Henkilötunnus: Anna asiakkaan henkilötunnus tai muu tunnus, kuten sosiaaliturvatunnus (ei pakollinen), asiakirjojen yksilöinnin sekä historian ja saatujen palvelujen selvittämisen helpottamiseksi.
- Osoite ja puhelin: Lisätietoja, jotka auttavat paikallistamaan ja yksilöimään asiakkaan tai ottamaan häneen yhteyttä.
- Muu: Kirjoita tähän tilaan lisätietoja, jotka voivat auttaa paikallistamaan asiakirjat, kuten palvelujen parissa toimineet osaston osastot, perheenjäsenten nimet tai muut asiaankuuluvat tiedot.

SUOSTUMUS (VALTUUTUS):

- Asiakirjoja vaihtavat virastot tai henkilöt: Kun asiakas täyttää tämän lomakkeen, luottamuksellisia tietoja voidaan käyttää tai jakaa koko osastossa. Osasto voi antaa luottamuksellisia tietoja luetelluille ulkopuolisille virastoille tai henkilöille. Anna tunnistetiedot virastoista tai henkilöistä, mukaan luettuna nimi, osoite ja paikka, jos mahdollista. Voit liittää myös asiakkaan allekirjoittaman luettelon virastoista, jotka saavat jakaa tietoja.
- Mukana olevat tiedot: Asiakkaiden on ilmoitettava, mitä asiakirjoja suostumus koskee. Asiakkaat voivat antaa käyttöön kaikki asiakirjat tai voivat rajoittaa asiakirjat päivämäärän, lajin tai asiakirjan lähteen mukaan. Jos asiakas ei allekirjoita suostumusta tai ei yksilöi jotakin nimenomaista asiakirjaa, kyseisen asiakirjan jakaminen on siitä huolimatta luvallista, jos se on laissa sallittu. Voit liittää mukaan asiakkaan allekirjoittaman luettelon asiakirjoista, joita suostumus koskee. Jos asiakirjat sisältävät tietoja, jotka liittyvät mielenterveyteen (RCW 71.05.620), HIV/AIDS tai sukupuolitautitesteihin tai –hoitoon (RCW 70.24.105) taikka päihdehuoltoon (42 CFR 2.31(a)(5)), asiakkaan on annettava lupa näiden asiakirjojen jakamiseen merkitsemällä nimenomaan nämä alat. Tämä lomake ei riitä kattamaan psykoterapiamerkintöjä 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), ja kyseisten asiakirjojen sisällyttämiseksi on täytettävä erillinen lomake.
- Kesto: Ilmoita viimeinen suostumuksen voimassaolopäivä ohjelmaasi koskevilta osin tai lain mukaan.
- Ymmärrys: Varmista, että asiakas ymmärtää, mikä lupa annetaan sekä miten ja miksi tiedot jaetaan. Käytä tarvittaessa käännettyä lomaketta ja tulkkia tai lue lomake ääneen. Jos asiakas tarvitsee lisätietoja, anna osaston yksityisyyskäytäntöjen lisäkappale tai ohjaa asiakas yksikkösi julkisuusviranomaisen luo.

ALLEKIRJOITUKSET

- Asiakas: Pyydä asiakasta tai lasta, joka on ikänsä puolesta kelpoinen antamaan suostumuksensa (13 vuotta mielenterveys- sekä päihdehuollon osalta; 14 vuotta HIV/AIDSin ja muiden sukupuolitautien osalta; minkä tahansa ikäinen syntyvyydensäännöstelyn ja aborttien osalta; 18 vuotta terveydenhuolto- ja muiden asiakirjojen osalta) allekirjoittamaan tämä laatikko ja merkitsemään allekirjoituksen päivämäärän. Asiakas voi korvata allekirjoituksen tähän ruutuun merkityllä merkinnällä, jonka sinä todistat.
- Viraston yhteyshenkilö tai todistaja: Allekirjoita tähän ruutuun, jos sinä olet lomakkeen asiakkaalle esittävä ja selittävä henkilö. Merkitse myös puhelinnumerosi. Jos asiakas allekirjoittaa lomakkeen poissa toimipaikalta, neuvo asiakasta pyytämään todistajaa panemaan allekirjoituksensa tähän ruutuun ja ilmoittamaan puhelinnumeronsa. Julkinen notaari voi toimia asiakkaan allekirjoituksen todistajana.
- Vanhempi tai muu edustaja: Jos asiakas on lapsi, joka ei ikänsä puolesta voi antaa suostumusta, vanhemman tai huoltajan on allekirjoitettava. Jos lapsi ei täytä suostumuksen ikävaatimusta kaikkien jaettavien asiakirjojen osalta, sekä lapsen että vanhemman on allekirjoitettava. Jos asiakas on julistettu holhouksenalaiseksi, oikeuden nimittämän holhoojan on allekirjoitettava ja esitettävä jäljennös nimittämismääräyksestä. Jos joku allekirjoittaa muussa ominaisuudessa (kuten uskottuna miehenä tai selvitysmiehenä), merkitse "muu” ja hanki jäljennös oikeudellisesta valtuutuksesta. Allekirjoittavan henkilön on päivättävä allekirjoitus ja merkittävä puhelinnumero tai yhteystiedot.