



**ሚስጥራዊ የጤና መረጃ የስምምነት ስምምነት ወይም መቋረጥ**  
**Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal**

ደንበኛውን ስም ይጻፉ

የደንበኛው የትውልድ ቀን

የኛ ፕሮግራም ሊያግዙት እንዲችሉና ሌሎች በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ የተካተቱ የእርስዎን የጤና ፍላጎት ይረዱ ዘንድ ወደ ፎስተርንግ ዌል-በንግ (FWB) ፕሮግራም ሪፈር ተደርገዋል። ከቤት ውጪ ምድብ ውስጥ በሚኮንበት ጊዜ፣ የጤና እንክብካቤዎን ለማቀናጀት የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ እና ሌሎች በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ የተካተቱት እርስ በእርሳቸው መነጋገር መቻል አለባቸው። አንድ አንድ ጊዜም፣ የጤና መረጃዎችዎ በኮምፕዩተር ስለተሰጡ ላይ ወይም በጽሑፍ ሊሆኑ የሚችሉ ሆኖ ስለእነዚህ መረጃዎች ሊያካትት ይችላል፡

- እንደ የወሊድ መቆጣጠሪያና ፅንሰ ማቋረጥ ያሉት የቤተሰብ ምጣኔ አገልግሎቶች፤
- በጾታዊ ግንኙነት የሚተላለፉ ኢንፌክሽኖች (STI)፣ ቀደም ሲል በግብረ ሥጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች (STD) እና/ወይም ኤችአይቪ/ኤድስ በመባል የሚታወቁት የግብረ ሥጋ ግንኙነት በማድረግ ሊይዟቸው የሚችሏቸው ኢንፌክሽኖች ወይም ሁኔታዎች ናቸው፤ እና/ወይም
- የአእምሮ / የባህሪ ጤና ሕክምና እና አገልግሎቶች፤ እና/ወይም
- የአደንዘኝ ስዕ አጠቃቀም መዛባት አገልግሎቶች

እነዚህ ዓይነት ሚስጥራዊ መረጃዎች የግል ስለሆኑ፣ ሚስጥራዊ መረጃዎን የያዙ አጋሮች እርስዎ ካልተስማሙ ወይም የሞሽንግተን ስቴት ሕግ ሚስጥራዊ መረጃውን ከሌሎች ሰዎች ጋር ማጋራት እንደሚችሉ እስካልተናገሩ ድረስ ለሌሎች ሰዎች ማጋራት አይችሉም።

ይህንን ፎርም ካልፈረሙ፣ አሁንም ከFWB ፕሮግራም አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። በፕሮግራማችን ውስጥ የተጠቀሱ ከ13 ዓመት በላይ የሆኑ ሁሉም ወጣቶች በዚህ ቅጽ ውስጥ ያለው ሚስጥራዊ መረጃ ለእርስዎ የሚመለከት ይሁን አይሁን በዚህ ቅጽ ላይ መፈረም ይፈልጉ እንደሆነ ይጠየቃሉ።

ይህንን ስምምነት በመፈረም፣ በዚህ ቅጽ ላይ የለየኋቸው ሰዎች የግል ሚስጥራዊ መረጃዎን የማየት ፈቃድ እንዳላቸው እስማማለሁ። የጠና እንክብካቤዎን ለማስኬድ ሊያግዙኝ ከእርስ በርሳቸው ጋር መመካከር ይችላሉ። ሚስጥራዊ መረጃዎ አሁን ወይም ከዚህ በፊት የነበሩብኝን ሕመሞች ወይም ጉዳዮችን የሚመለከቱ መዝገቦችን ሊያካትት ይችላል። መረጃዎች ሊያካትቱ የሚችሉት የምርመራ ውጤቶች (እንዴት X-ራይ እና የደም ምርመራ)፣ አሁን የሚውሰዳቸውና ከዚህን በፊት የወሰዱኋቸው መድኃኒቶች፣ እና ወደ ሆስፒታሎች፣ አቅራቢ ማለሙያዎች ወይም ሌላ ክሊኒኮች እና/ወይም ተቋማት መሄድ ተመዝግበው ያሉትን ይጨምራል።

ይህንን ቅጽ በመፈረም እና ለጉዳይ ሰራተኛዬ ወይም ለFWB ፕሮግራም በመስጠት በማንኛውም ጊዜ ፈቃዴን መሰረዝ እንደምችል ተረድቻለሁ። ይህ አስቀድሞ የተጋራ መረጃን አይጎዳም።

**ክፍል 1:**

የFWB ፕሮግራም ከዚህ በታች ምልክት የተደረገበትን ሚስጥራዊ መረጃዎን ከአቅራቢዎቼና ከክሊኒካሎቼ ጋር እንዲቀበልና እንዲያጋራ **አፈቅዳለሁ**፤ ይህም የህጻናት፣ የወጣቶች እና የቤተሰቦች መምሪያ (DCYF) የጉዳይ ሰራተኛ እና/ወይም የጎሳ ማህበራዊ ሰራተኛ፣ የአሁኑ ተንከባካቢዬ እና የባዮሎጂካል ወላጅ(ዎች)ን ያካትታል።

- ሁሉም የደንበኛዬ መዝገቦች፣ የሕክምና፣ የስነ-ተዋልዶ ጤና (ለምሳሌ የወሊድ መቆጣጠሪያ፣ እርግዝና እና ፅንሰ ማስወረድ)፣ የኤችአይቪ/ኤድስ እና የSTD/STI ምርመራ ውጤቶች፣ የምርመራ ወይም የሕክምና መዝገቦች (RCW 70.02.220)፣ የአእምሮ ጤና መዝገቦች (RCW 70.02.230) እና የአደንዘኝ ስዕ አጠቃቀም መዛባት መዝገቦችን (42 CFR ክፍል 2) ጨምሮ፣ ነገር ግን በእነዚህ ብቻ የተወሰነ አይደለም።

**ወይም** (ክፍል 1 ካልተጠናቀቀ፣ እባክዎትን የክፍል 2 ሁለቱንም ክፍሎች ይሙሉ)



**ሚስጥራዊ የጤና መረጃ የስምምነት ስምምነት ወይም መቋረጥ**  
**Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal**

**ክፍል 2: (ክፍል 2A እና 2B መጠናቀቅ አለባቸው)**

**2A.** የFWB ፕሮግራም ከዚህ በታች ምልክት የተደረገባቸውን አቅራቢዎች/አጋሮች ብቻ በመጠቀም ስለጤንነቴ መረጃ እንዲቀበል እና እንዲያጋራ **አፈቅዳለሁ፡**

- የኤችአይቪ / ኤድስ እና የSTD / የSTD ምርመራ ውጤቶች፣ ምርመራ ወይም ሕክምና (RCW 70.02.220)
- የስነ-ተዋልዶ ጤና (እንደ የወሊድ መቆጣጠሪያ እና ፅንሰ ማስወረድ ያሉ የቤተሰብ ዕቅድ አገልግሎቶች)
- የአእምሮ ጤና መዝገቦች (RCW 70.02.230)
- የአድንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት መዝገቦች (42 CFR ክፍል 2)

**2B.** የFWB ፕሮግራም መዝገቦችዎን ሊያጋራቸው የሚችላቸው አቅራቢዎች / አጋሮች (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉባቸው):

- የሕክምና አቅራቢዎች
- የአሁኑ የDCYF ጉዳይ ሰራተኛ እና/ወይም የጎሳ ማህበራዊ ሰራተኛ
- የስነ-ተዋልዶ ጤና አቅራቢዎች
- የአሁኑ ተንከባካቢ / የማደጎ ወላጅ / የዘመድ እንክብካቤ ሰጪ
- አቅራቢዎች ክሊኒኮች
- ባዮሎጂካል ወላጅ(ዎች) (የመጀመሪያ እና የአያት ስሞችን ይዘርዝሩ):
- ሌላ (ዘርዝር):

በዚህ ቅጽ ላይ የተዘረዘሩት አጋሮች ሚስጥራዊ መረጃዎን እርስዎ በእርስዎ ሊያጋሩ እንደሚችሉ እና በዚህ ቅጽ ላይ ላልተዘረዘሩ ሰዎች ማጋራት እንደማይችሉ **አስማማለሁ። ከዚህ በታች ያለውን ሳጥን ምልክት በማድረግ (አዲስ DSHS 10-489 በመጠቀም)፣ በመፈረም እና ለጉዳይ ሰራተኛዎ ወይም ለFWB ፕሮግራም በመስጠት በማንኛውም ጊዜ ሀሳቤን መቀየር እና ፈቃዴን መመለስ እችላለሁ። ይህ አስቀድሞ የተጋራ መረጃን አይጎዳም። የሰም የመጀመሪያ ፍደላት፡ \_\_\_\_\_**

ከዚህ በፊት እኔ ካልወጣሁ በስተቀር፣ ከላይ ያለው የተወሰነ መረጃ በአሳዳጊ እንክብካቤ ውስጥ እስካልሆነኩ ድረስ ወይም እስከ \_\_\_\_\_ ድረስ የሚሰራ ነው።  
 የሚያበቃበት ቀን \_\_\_\_\_

ፈቃዴን አነሳለሁ። እባክዎትን የሚከተሉትን የፊርማ ክፍሉን ይሙሉ።

የደንበኛው ወይም የደንበኛው ህጋዊ ተወካይ ፊርማ	ቀን
የሕጋዊ ወኪልን ስም ይጻፉ	የህግ ተወካይ ከደንበኛ ጋር ያለው ግንኙነት

**ለተቀባዮች ማስታወቂያ፡** ይህ በፈደራል ምስጢር የመጠበቅ ደንቦች በፈደራል መመሪያዎች (CFR) ኮድ 42፣ ክፍል 2 መሠረት የተጠበቀ መረጃ ለእርስዎ እንዲገለፁ ተደርገዋል። የፈደራል ህጉ መረጃውን ከእርስዎ አሳልፈው ለሌላ ሰው እንዳይሰጡ ይከለክላል፤ መረጃውን ከእርስዎ አሳልፈው ለሌላ ሰው መስጠት እንዲችሉ የሚመለከተው ሰው በግልጽ በስምምነት ካልፈቀደ ወይም በ42 CFR ክፍል 2 ካልተፈቀደ በስተቀር። የህክምና እና ሌሎች ለመጃዎችን ለመስጠት አጠቃላይ ስልጣን መስጠት ለዚህ አላማ በቂ **አይደለም።**