

ምስጢራዊ የጤና መረጃ ፈቃደኝነት የመግለጫ ስምምነት ወይም ማቋረጥ
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

የደንበኛ ስም የፃፉ

የደንበኛ ጥውልድ ቀን

የኛ ፕሮግራም ሊያገዛት እንዲችልና ሌሎች በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ የተካተቱ የእርስዎን የጤና ፍላጎት ይረዱ ዘንድ ወዴ ድስተርንግ ዌል-ብንግ ፕሮግራም (FWB) ሪፈረ ተደርገዋል። ከቤት ውጪ ምድብ ውስጥ በሚከፈሉት ጊዜ፣ የጤና እንክብካቤዎን ለማቀናጀት የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎችዎ እና ሌሎች በእርስዎ እንክብካቤ ውስጥ የተካተቱት እርስ በእርሳቸው መነጋገር መቻል አለባቸው። አንድ አንድ ጊዜም፣ የጤና መረጃዎችዎ በኮምፕዩተር ስስተም ላይ ወይም በጽሑፍ ሊሆን የሚችል ሆኖ ስለእነዚህ መረጃዎች ሊያካትት ይችላል፡

- እንደ የወሊድ መቆጣጠሪያና ፅንሰ ማቋረጥ ያሉት የቤተሰብ ምጣኔ አገልግሎቶች፤
- በግብረ-ስጋ ግንኙነት የሚተላለፉ እንፈክሾች (STI)፣ ግብረ-ስጋ በማደረግም ሊያጋጥሙት የሚችሉ እንፈክሾች ሆኖ ከዚህ በፊት “በግብረ-ስጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎች (STD)” እና/ወይም ኤች አይ ቪ/ኤድስ (HIV/AIDS) በመባል ይታወቁ የነበሩ፤ እና/ወይም
- የአህምሮ ጤና መድኃኒቶችና አግልግሎቶች፤
- የኬምካል ሱሰኝነት አገልግሎቶች፤

እንደ እነዚህ ዓይነት የጤና መረጃዎች የግል ምስጢሮች ስለሆኑ፣ የእርስዎን የጤና መረጃ የያዙ አጋሮች ያለ እርስዎ ፈቃድ ወይም የዋሽንግተን ስቴት ሕግ መረጃዎቹን ሌላ ሰዎች መስጠት ይችላሉ ካለ እንጂ ለሌሎች ሰዎች መስጠት አይችሉም።

ይህንን ፎርም ካልፈረሙ፣ አሁንም ከFWB ፕሮግራም አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። **ዕድሜያቸው ከ13 ዓመት በላይ የሆኑ ወዴ የኛ ፕሮግራሞች ሪፈረ የተደረጉ ሁሉም ወጣች በዚህ ፎርም ውስጥ ያሉ የጤና መረጃዎች ዓይነት ቢመለከትዎትም ባይመለከትዎትም ይህንን ፎርም መፈረም የሚፈልጉ እንደሆነ ይጠየቃሉ።**

ይህንን ፈቃደኝ የመሆን መግለጫ በመፈረም፣ በዚህ ፎርም ላይ የለዩሁቸው ሰዎች ምስጢራዊ የግል ሕክምና መረጃዎቹን ለማየት ፈቃድ እንዳላቸው እስማማለሁ። የጤና እንክብካቤዎን ለማስኬድ ሊያገዙኝ ከእርስ በእርሳቸው ጋር መመካከር ይችላሉ። ምስጢራዊ የጤና መረጃዎች ሊያካትቱ የሚችሉት አሁን ወይም ከዚህን በፊት ሰለዕመሜ ወይም ጉዳቴ ተመዝኖብዎት ያሉት። መረጃዎች ሊያካትቱ የሚችሉት የምርመራ ውጤቶች (እንዴ X-ሬይ እና የደም ምርመራ)፣ አሁን የሚውስዳቸውና ከዚህን በፊት የወስድኳቸው መድኃኒቶች፣ እና ወዴ ሆስፒታሎች፣ አቅራቢ ማለሙያዎች ወይም ሌላ ክሊኒኮች እና/ወይም ተቋማት መሄድ ተመዝግበው ያሉትን ይጨምራል።

ፈቃደኝነቴን ይህንን ፎርም በመፈረምና ለሶሻል ዎርክስ ወይም ለFWB በመስጠት ማንሳት እንደሚችል እረዳሉ። ይህ አስቀድሞ የተጋራ መረጃን አይጎዳም።

ክፍል 1:

የሕፃናት፣ ወጣቶች፣ እና ቤተሰቦች መምሪያዬ (DCYF) ሶሻል ዎርክስ እና/ወይም የጎሳ ሶሻል ዎርክስ፣ የአሁኑን እንክብካቤ አቅራቢዬ፣ እና ወላጅ ቤተሰብ(ቦች) ጨምሮ የጤናና የአህምሮ ጤና እንክብካቤ አቅራቢዎቼ ከታች ምልክት የተደረጉባቸውን የጤና መረጃዎቼን እንዲቀበሉና እንዲያጋሩ ለFWB ፕሮግራም እንዲፈቀድ እስማማለሁ።

- የደንበኛዬ የተመዘገቡ መረጃዎች የሚጨምረው፣ ነገር ግን እነዚህ ብቻ አይደልም፣ ሕክምና፣ የስነ-ተዋልዶ ጤና፣ (ይህም የመሊድ መቆጣጠሪያ፣ ሕርግዝና፣ እና ፅንሰ ማቋረጥ)፣ ኤች አይ ዪ/ዕድስ (HIV/AIDS) እና የSTD/STI ምርመራ ውጤት፣ ምርመራ ወይም የሕክምና ክትትል መረጃዎች (RCW 70.02.220)፣ የአህምሮ ጤና መረጃዎች (RCW 70.02.230)፣ እና የኮሚካል ሱሰኝነት/ጥገኝነት (CD) መረጃዎች (42 CFR ክፍል 2)።

ወይም (ክፍል 1 ካልተሞላ፣ እባክዎትን ከታች ክፍል 2 ሁለቱንም ክፍሎች ይሙሉ)

ምስጢራዊ የጤና መረጃ ፈቃደኝነት የመግለጫ ስምምነት ወይም ማቋረጥ Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

ክፍል 2: (2A እና 2B ክፍሎች መሞላት አለባቸው)

2A. ከታች ምልክት የተደረጉባቸው አቅራቢዎች/አጋሮች ብቻ ስለጤናዬ የተለዩ መረጃዎችን እንዲቀበልና እንዲያጋራ የFWB ፕሮግራም እንዲፈቀድለት እስማማለሁ፡

- ኤች አይቪ/ኤድስ (HIV/AIDS) እና STD/STI የምእመራ ውጤቶች፣ ምርመራ፣ ወይም ሕክምና (RCW 70.02.220)
- የስነ-ተዋልዶ ጤና (የወሊድ መቆጣጠሪያና ፅንሰ ማቋረጥ ጠመሳሰሉትን)
- የአህምሮጤና መረጃዎች (RCW 70.02.230)
- የኬሚካዊ ጥገኛነት (CD) መዝገቦች (42 CFR ክፍል 2)

2B. FWB ፕሮግራም የእርስዎን መረጃዎች ሊያጋራቸው የሚችሉ አቅራቢዎች/አጋሮች (የሚመለከተውን ሁሉ ያረጋግጡ)፡

- ሕክምና አቅራቢዎች
- የአሁኑ DCYF እና/ወይም የጎሳ ሶሻል ዎርከር
- የስነ-ተዋልዶ ጤና አቅራቢዎች
- የአሁን እንክብካቤ ሰጪ/ተንከባካቢ ቤተሰብ/ እንክብካቤ ሰጪ ዘመድ
- የአህምሮ ጤና አቅራቢዎች
- የስጋ ቤተሰብ (ቦች) (የመጀመሪያና የመጨረሻ ስሞችን ይዘረዝሩ)፡
- ሌላ (ይዘረዝሩ)፡

እንደዚሁም በዚህ ፎርም ላይ የተዘረዘሩት አጋሮች የእኔን የጤና መረጃዎች አርስ በርሳቸው መጋራት የሚችሉ ሲሆን ለማንም በዚህ ፎርም ላይ ላልተዘረዘሩት ግን ማጋራት እንማይችሉ እስማማለሁ። **ከታች ያለውን ሳጥን በማረጋገጥ (እንድ አድስ DSHS 10-489 በመጠቀም)፣ በመፈረም፣ እና ለሶሻል ዎርከሬ ወይም ለFWB ፕሮግራም በመስጠት ሐሳቤን ቀይሬ ፈቃደኛ የመሆን መግለጫዬን ሊመልስ እችላለሁ።** ይህ አስቀድሞ የተጋራ መረጃን አይገዳም። ስምና ፊርማ፡ _____

አስቀድሞ በእኔ ካልተቋረጠ፣ በእንክብካቤ ማዕከል እስካለሁ ድረስ ከላይ ያለው የተለየ መረጃ ትክክል ነው፣ ወይም እስከ _____ ።

አገልግሎት ማብቂያ ጊዜ፡

ስምምነቴን አቋርጣለሁ። እባክዎትን የሚከተሉትን የፊርማ ክፍሉን ይሙሉ።

የደንበኛው ወይም የደንበኛው ህጋዊ ወኪል ፊርማ	ቀን
የሕጋዊ ተወካይ ስም ይጻፉ	ህጋዊ ተወካዩ ለደንበኛ ያለው ዝምድና

ማስታወቂያ ለተቀባዮች፡ ይህ በፈደራል ምስጢር የመጠበቅ ደንቦች በፈደራል መመሪያዎች (CFR) ኮድ 42፣ ክፍል 2 መሠረት የተጠበቀ መረጃ ለእርስዎ እንዲገለጹ ተደርገዋል። የፌደራል 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 መጃዎችን ለመስጠት አጠቃላይ ስልጣን መስጠት ለዚህ አላማ **በቂ አይደለም።**