

ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីសុខភាព  
 កិច្ចព្រមព្រៀងដោយមានការយល់ព្រម

**Confidential Health Information Consent Agreement**

ឈ្មោះអ្នកដឹកនាំអក្សរពុម្ព	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកដឹកនាំ
---------------------------	--------------------------------

អ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅកម្មវិធីសុខុមាលភាពចិញ្ចឹមថែទាំ (FWB) ដើម្បីឱ្យកម្មវិធីរបស់ពួកយើងអាចជួយអ្នក និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំអ្នកឱ្យបានយល់ពីតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក ។ ខណៈពេលស្ថិតក្នុងការដាក់នៅក្រៅផ្ទះ វាមានសារៈសំខាន់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំអ្នកអាចធ្វើទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមកដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ។ ជួនកាល កំណត់ត្រាសុខភាពរបស់ អ្នកអាចមាននៅលើប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងអាចមានព័ត៌មានអំពី ៖

- សេវាកម្មផ្ទេរការគ្រួសារ ដូចជាការពន្យាកំណើត និងការរំលូតកូន
- ជម្ងឺតាមរោគ (STI) ជម្ងឺឆ្លងដែលអ្នកអាចកើតមានតាមរយៈការរួមភេទ ពីមុនស្គាល់ថាជា “ជំងឺដែលឆ្លងតាមការរួមភេទ (STD)”, និង/ឬ មេរោគហ៊ីវ / ជំងឺអេដស៍; និង/ឬ;
- សេវាកម្ម និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាកម្មព្យាបាលការញៀនសារធាតុញៀន ។

ចាប់តាំងពីព័ត៌មានសុខភាពទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់សម្ងាត់ ដែលមានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកមិនអាចប្រគល់ព័ត៌មានសុខភាពនេះទៅអ្នកដទៃទេ លុះត្រាតែអ្នកយល់ព្រម ឬច្បាប់រដ្ឋស៊ីនតោនចែងថាពួកគេអាចប្រគល់ ព័ត៌មានទៅអ្នកដទៃបាន ។

បើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះទេ អ្នកនូវតែអាចទទួលសេវាកម្មកម្មវិធី FWB ។ យុវជនទាំងអស់ដែលមានអាយុលើសពី **13**

ឆ្នាំបញ្ជូនទៅកម្មវិធីរបស់ពួកយើងនឹងត្រូវសួរថាពួកគេចង់ចុះហត្ថលេខា លើបែបបទនេះ ថាគេប្រកេទព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងបែបបទនេះអនុវត្តលើអ្នកឬអត់ ។

ដោយការចុះហត្ថលេខាការយល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមថា មនុស្សដែលខ្ញុំបានកំណត់អត្តសញ្ញាណលើទម្រង់នេះមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្ងាត់កំរិតរបស់ខ្ញុំ។ ពួកគេអាចពិគ្រោះជាមួយនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតឱ្យជួយខ្ញុំគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រសម្ងាត់របស់ខ្ញុំអាចរួមបញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាអំពីជំងឺ ឬការរងរបួសដែលខ្ញុំមាននៅពេលនេះ ឬធ្លាប់មានក្នុងពេលអតីតកាល។ កំណត់ត្រាអាចរួមមាន លទ្ធផលតេស្ត (ដូចជា ការថតកាំរស្មីអិច និងការធ្វើតេស្តឈាម) ឱសថដែលខ្ញុំប្រើនៅពេលនេះ ឬបានប្រើក្នុងពេលអតីតកាល និងកំណត់ត្រាពីការទៅពិនិត្យនៅមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា ឬគ្លីនិក និង/មណ្ឌលដទៃផ្សេងទៀត។

**ផ្នែកទី 1 ៖**

ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធី FWB ទទួល ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលបានគូសខាងក្រោមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងបុគ្គលិកសង្គមនៃក្រសួងកុមារ យុវជន និងគ្រួសារ (DCYF) និង/ឬបុគ្គលិកសង្គមកុលសម្ព័ន្ធ អ្នកផ្តល់ការថែទាំបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ និងដៃគូជីវិត ៖

- គ្រប់កំណត់ត្រាអតិថិជនរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងសុខភាពបន្តពូជ (ឧទាហរណ៍ការពន្យាកំរើត ការមានផ្ទៃពោះ និងការរំលូតកូន) លទ្ធផលការធ្វើតេស្តមេរោគហ៊ីវ/ជម្ងឺអេដស៍ និងSTD/STI កំណត់ត្រាអាគរិទ្ធិយុវជន ឬការព្យាបាល (RCW 70.02.220) កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230) និងកំណត់ត្រាញៀនសារធាតុញៀន (42 CFR Part 2) ។

ឬ (ប្រសិនបើផ្នែកទី 1 មិនត្រូវបានបំពេញ សូមបំពេញទាំងពីរផ្នែកនៃ ផ្នែកទី 2 ខាងក្រោម)

**ផ្នែកទី 2 ៖ (ផ្នែក 2A និង 2B ត្រូវតែបានបំពេញ)**

**2A.** ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធី **FWB** ទទួល និងចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែលបានត្រួតពិនិត្យខាងក្រោមខាងក្រោម ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា / ដៃគូទាំងនោះដែលបានត្រួតពិនិត្យខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ

- លទ្ធផលការធ្វើតេស្តមេរោគហ៊ីវ/អ៊ីដាវិរុស និងជម្ងឺកាមរោគ **STD/STI** រោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាល (RCW 70.02.220)
- សុខភាពបន្តពូជ (សេវាកម្មផែនការគ្រួសារ ដូចជាការពន្យាកំណើត និងការរំលូតកូន)
- កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 70.02.230)
- កំណត់ត្រាច្បាប់សារធាតុញៀន (42 CFR Part 2)

**2B.** អ្នកផ្តល់សេវា / ដៃគូដែលកម្មវិធី **FWB** អាចចែករំលែកកំណត់ត្រារបស់អ្នកជាមួយ (ត្រូវទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) ៖

- អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ  DCYF និង / ឬ បុគ្គលិកសង្គមកុលសម្ព័ន្ធ
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពបន្តពូជ  អ្នកផ្តល់ការថែទាំបច្ចុប្បន្ន / ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម / អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាសាច់ញាតិ
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ឪពុកម្តាយបង្កើត (រាយនាមខ្លួន និងឈ្មោះ) ៖
- ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់) ៖

ខ្ញុំក៏យល់ព្រមថាដៃគូដែលមាននៅក្នុងបែបបទនេះអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមក និងមិនអាចចែករំលែកជាមួយអ្នកដែលមិនមាននៅក្នុងបែបបទនេះទេ ។ ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្ត និងលុបចោលការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំគ្រប់ពេលវេលាដោយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដកចេញការយល់ព្រម និងប្រគល់វាឱ្យអ្នកធ្វើការសង្គម ឬ **FWB**។ វាមិនចាំបាច់ដល់ព័ត៌មានទាំងឡាយដែលបានចែករំលែករួចហើយ ។ អក្សរដើម ៖ \_\_\_\_\_ ។  
 លុះត្រាតែធ្លាប់បានលុបចោលដោយខ្លួនខ្ញុំ ព័ត៌មានជាក់លាក់ខាងលើព័ត៌មានសុខភាពរហូតដល់  ខ្ញុំមិនស្ថិតក្នុងជំនួយថែទាំ ឬរហូតដល់ \_\_\_\_\_ ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ជាអក្សរពុម្ព	ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ និងអតិថិជន

កំណត់សម្គាល់ទាំងអស់អ្នកទទួល ៖ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានបង្ហាញទៅដល់អ្នកព័ត៌មានត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ការសម្ងាត់សហព័ន្ធ ក្រម 42 នៃបទបញ្ជាសហព័ន្ធ (CFR) ភាគ 2។ ច្បាប់សហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នកធ្វើការបង្ហាញបន្ថែមនៃព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែការបង្ហាញបន្ថែមគឺត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍ អក្សររបស់បុគ្គលដែលទាក់ទងទៅកាន់ បុគ្គលបានអនុញ្ញាតក្នុងន័យផ្សេងដោយ 42 CFR ភាគ 2។ ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតទៅសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ