

保密健康信息
情况披露同意书

Confidential Health Information Consent Agreement

个案当事人姓名（请工整填写）

个案当事人出生日期

目前正为您办理离家安置儿童之医疗保健协调服务计划 (FWB) 计划转介，以便我们的计划能协助您和您医疗保健事宜的其他人士了解您的健康需求。在离家安置期间，您的保健服务提供者和参与您医疗保健事宜的其他人士应该能够就您的医疗保健事宜相互沟通和协调，而且这十分重要。有时候，您的健康记录可能会保存在电脑系统中或采用书面形式，并可能包括以下情况：

- 计划生育服务，例如节育和流产服务等；
- 性传播感染(STI)（可能因性行为导致感染），以前称为“性传播疾病(STD)”和/或艾滋病毒/艾滋病；和/或；
- 心理健康药物治疗和服务；
- 药物依赖症治疗服务。

由于此类健康情况属于私人保密情况，因此保存您健康情况的合作机构不得向其他人透露这些健康情况；除非经您同意或者华盛顿州法律允许他们向其他人提供这些情况。如果您的健康情况已经存入电脑系统或以书面方式存档，上述规定则适用。

即使您不签署这份表格，仍可获得 FWB 计划的服务。对于转介至本计划的所有 **13 岁以上青少年**，若他们愿意签署此表格，都将询问他们此表格中的各类健康情况是否适用于您。

通过签署此同意书，本人同意本人在此同意书上指明的人有权查看本人的私密医疗信息。他们可以相互咨询来帮助本人管理本人的健康福祉。本人的保密医疗信息可能包含有关本人目前有或过去曾有的伤病的记录。记录可能包括检验结果（例如 X 光检查和血检）、本人目前服用或过去曾服用的药物的信息，以及去医院、服务提供者办公室或其他诊所和/或机构的记录。

第 1 节：

本人同意允许FWB计划接收并与我的健康和心理健康护理服务

提供者分享我的健康信息，包括我的儿童、青少年及家庭服务部(DCYF)社会工作人员和/或部落的社会工作人员、我的当前护理者和亲生父母：

- 本人所有的个案当事人记录，其中包括但不限于生殖系统健康（例如避孕、怀孕和堕胎）、爱滋病毒感染/爱滋病及性传染病/性传播感染 (STD/STI) 测试结果、诊断或诊疗记录（华盛顿州修正法规 RCW 70.02.220）、心理健康记录（华盛顿州修正法规 RCW 70.02.230）和药物依赖症 (CD) 治疗记录（第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部分）。

或者（如果未填写第 1 节，请填写下方第 2 节的两个部分）

