保密健康信息
披露同意书或撤销书
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

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(FWB)计划转介，以便我们的计划能协助您及参与您医疗保健事宜的其他人士了解您的健康需求。在接受离家安置期间，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有机会就您的医疗保健事宜相互沟通协调，而且这十分重要。有时候，您的健康记录可能会在电脑系统上或是以书面形式，并包括以下信息：

- 计划生育服务，例如节育和流产服务等；
- 性传播感染(STI)，可通过性交感染，之前称为“性传播疾病(STD)”，和/或 HIV/AIDS；以及/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。

即使您不签署这份表格，仍可获得 FWB 计划服务。**对于转介至我们计划的所有 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。**

签署此同意书即表示本人同意允许表格中注明的相关人员查看本人的保密医疗信息。他们可以向其他人咨询，以帮助本人管理医疗保健。本人的保密医疗信息可能包括本人现在或过去的疾病或受伤记录。记录可能包括检测结果（如 X 光和血液检测）、本人现在或过去服用的药物，以及医院、服务提供者办公室或其他诊所和/或设施的就诊记录。

本人明白，本人可以随时签署此表格以撤销同意，并提交给本人的社会工作人员或者 FWB 计划。已经透露的任何情况将不会因此而受影响。

第 1 部分：

本人同意允许 FWB 计划接收并与本人的健康和心理健康护理服务提供者分享本人的健康信息，包括本人的儿童、青少年和家庭服务部(DCYF)社会工作人员和/或部落社会工作人员、本人当前的护理者和亲生父母：

☐ 本人所有的个案当事人记录，其中包括但不限于医疗、生殖系统健康（例如避孕、怀孕、堕胎）、HIV/AIDS 和 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），及药物依赖症(CD)治疗记录（第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部分）。

或者（如果未完成第 1 部分，请在下方完成第 2 部分的两个区域）

保密健康信息
披露同意书或撤销书
Confidential Health Information Consent Agreement or Withdrawal

第 2 部分：（必须完成 2A 部分和 2B 部分）

2A. 本人同意允许 FWB 计划接收并仅与下方勾选的服务提供者/合作伙伴分享本人的下方勾选的健康信息：

- ☐ HIV/AIDS 和 STD/STI 测试结果、诊断或诊疗（华盛顿州修正法规 RCW 70.02.220）
- ☐ 生殖系统健康（计划生育服务，例如避孕和流产等）
- ☐ 心理健康记录（华盛顿州修正法规 RCW 70.02.230）
- ☐ 药物依赖症(CD)治疗记录（第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部分）

2B. FWB 计划可与之分享您的记录的服务提供者/合作伙伴（勾选所有适用项）：

- ☐ 医疗服务提供者
- ☐ 生殖健康服务提供者
- ☐ 心理健康服务提供者
- ☐ 亲生父母（列出姓名）：
- ☐ 其他（请列明）：
- ☐ 当前的 DCYF 和/或部落社会工作人员
- ☐ 当前的看护人/寄养家长/亲属看护人

本人还同意让列入此表格的合作机构相互之间披露我的健康情况，但不得向未列入此表格的任何人披露此类情况。若本人改变主意并想撤销此项同意，本人可以随时**勾选下方方框（使用新的 DSHS 10-489），签名**，并提交给我的社会工作人员或者 FWB 计划。已经透露的任何情况将不会因此而受影响。姓名首写字母：_____

除非本人之前已撤销，否则上述特定情况之有效性将持续至本人不再接受寄养看护，或者直至

_____。
到期日期

☐ 本人撤销同意。请完成后续签字部分。

个案当事人或个案当事人之法律代表签名	日期

法律代表姓名（请工整填写）	法律代表与个案当事人的关系

情况获取者须知： 向您披露的此信息取自受联邦情况保密规章，第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部分，保护之记录资料。联邦规章禁止您进一步披露此信息，除非对此情况的进一步披露已获得该情况所涉及人士的明确书面同意，或者属于第 42 条 CFR 第 2 部分所许可的内容。对医疗信息或其它信息披露的一般授权不足以用于此目的。