

ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ເປັນຄວາມລັບ
ໃບສັນຍາຕົກລົງເຫັນພ້ອມ
Confidential Health Information Consent Agreement

ວຽນຊື່ຂອງລູກຄ້າ	ວັນເກີດຂອງລູກຄ້າ
-----------------	------------------

ທ່ານໄດ້ຖືກສົ່ງໄປຫາໂຄງການ **Fostering Well-Being (FWB)**

ເພື່ອວ່າໂຄງການຂອງພວກເຮົາຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານແລະຄົນອື່ນໃຫ້ກ່ຽວພັນນຳການປົວຂອງທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນການຈັດໃຫ້ຢູ່ນອກເຮືອນ, ມັນສຳຄັນທີ່ຜູ້ໃຫ້ການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນອື່ນທີ່ກ່ຽວພັນນຳການປົວຂອງທ່ານທີ່ຈະສາມາດຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳເວົ້າລົມນຳກັນ ແລະ ກັນເພື່ອຈະປະສານງານການປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ບາງຄັ້ງບາງຄາວ, ບັນທຶກກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະຢູ່ໃນລະບົບຄອມພິວເຕີຫລືເປັນເອກສານອີກຂຽນໄວ້ແລະອາດຈະລວມເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບ:

- ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວເຊັ່ນວ່າການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການແຕ້ງລູກ;
- ການຕິດໂຮກຖ່າຍທອດທາງເພດ (STI) ທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບມາຈາກການສົມສູ້ທາງເພດ, ເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນມາແຕ່ກ່ອນວ່າແມ່ນພະຍາດຖ່າຍທອດທາງເພດ (STD)", ແລະ/ຫລື HIV/AIDS; ແລະ/ຫລື
- ຢາ ແລະ ການປົວສຸຂະພາບໂຮກຈິດ;
- ການປົວການຕິດຢາເສບຕິດ.

ຍ້ອນວ່າຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂະນິດເຫລົ່ານີ້ແມ່ນເປັນຂອງສ່ວນຕົວ, ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ມີຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບອັນນີ້ໃຫ້ຄົນອື່ນໄດ້ນອກຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ຫລື ກິດຫມາຍຂອງຮັດວິຊາຕົນບອກວ່າເຂົາເຈົ້າສາມາດເອົາຮາຍຮະອຽດໃຫ້ຄົນອື່ນໄດ້.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຊັນຊື່ໃສ່ຝອມໃບນີ້, ທ່ານຍັງຈະສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການການປົວຈາກໂຄງການ **FWB** ຢູ່. ຊາວໜຸ່ມທຸກໆຄົນອາຍຸກາຍເກີນ **13** ປີທີ່ຖືກສົ່ງມາຫາໂຄງການຂອງພວກເຮົາຈະຖືກຖາມວ່າເຂົາເຈົ້າຢາກຈະເຊັນຊື່ໃສ່ຝອມໃບນ ຫລື ບໍ່, ບໍ່ກ່ຽວວ່າຂະນິດຂອງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຢູ່ໃນຝອມໃບນີ້ກ່ຽວກັບທ່ານ ຫລື ບໍ່.

ໂດຍການເຊັນຊື່ລົງໃບໃນໃບຕົກລົງຍິນຍອມໃບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕົກລົງເຫັນພ້ອມວ່າບຸກຄົນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຊື້ບອກຢູ່ໃນຝອມໃບນີ້ໄດ້ຮັບຄຳອະນຸຍາດໃຫ້ເບິ່ງຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການພະຍາບານທີ່ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເຂົາເຈົ້າອາດຈະປຶກສານຳກັນ ແລະ ກັນເພື່ອຈະຊ່ວຍເຫລືອຂ້າພະເຈົ້າກຳກັບຄວບຄຸມນຳການປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຮາຍຮະອຽດພະຍາບານທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະລວມເອົາບັນທຶກກ່ຽວກັບການເຈັບປ່ວຍ ຫລື ການບາດເຈັບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມີຢູ່ດຽວນີ້ ຫລື ອາດຈະມີໃນຜ່ານມາ. ບັນທຶກອາດຈະລວມເອົາຜົນອອກມາຂອງການກວດພະຍາດ (ເຊັ່ນວ່າການຊ່ອງໄຟຟ້າ ແລະ ການກວດເລືອດ), ຢາທີ່ຂ້ອຍກຳລັງໃຊ້ຢູ່ດຽວນີ້ ຫລື ໄດ້ໃຊ້ມາກ່ອນ, ແລະບັນທຶກຈາກການຢ້ຽມຢາມໂຮງພະຍາບານ, ທ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍຫລືຄລິນິກບ່ອນອື່ນໆແລະ/ຫລືສະຖານທີ່ປົວ.

ພາກສ່ວນ 1:

ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ **FWB** ທີ່ຈະຮັບເອົາມາຈາກ ແລະ ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນຳໃຫ້ການປົວສຸຂະພາບຮ່າງກາຍແລະສຸຂະພາບໂຮກຈິດຂອງຂ້ອຍລວມທັງພະນັກງານຂອງກົມ **Department of Children, Youth, and Families (DCYF)** ຂອງຂ້ອຍແລະ/ຫລືພະນັກງານສັງຄົມຂອງຊົນເຜົ່າ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລປັດຈຸບັນຂອງຂ້ອຍ, ແລະພໍ່ແມ່ສາຍເລືອດດຽວກັນ:

- ບັນທຶກລູກຄ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າທັງຫມົດ, ລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດໄປເຖິງ, ສຸຂະພາບແຜ່ພັນ (ຕົວຢ່າງວ່າການຄຸມກຳເນີດ, ການຖືພາ, ແລະ ການແຕ້ງລູກ), ຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງພະຍາດ **HIV/ AIDS** ແລະ ພະຍາດຖ່າຍທອດທາງເພດ/ການອັກເສບທີ່ຖືກຖ່າຍທອດທາງເພດ (**STD/STI**), ບັນທຶກຂອງການກວດເບິ່ງພະຍາດ ຫລື ການປົວ (**RCW 70.02.220**), ບັນທຶກສຸຂະພາບໂຮກຈິດ (**RCW 70.02.230**), ແລະ ບັນທຶກ (**CD**) ການຕິດຢາເສບຕິດ (**42 CFR Part 2**).

ຫລື (ຖ້າຫາກວ່າພາກສ່ວນ 1 ບໍ່ຖືກຂຽນປະກອບ, ກະຊວງຂຽນປະກອບທັງສອງພາກຂອງພາກສ່ວນ 2 ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້)

ພາກສ່ວນ 2: (ພາກສ່ວນ 2A ແລະ 2B ພາກສ່ວນຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບ)

2A. ອ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ໂຄງການ **FWB** ທີ່ຈະຮັບເອົາມາຈາກ ແລະ ແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງອ້າພະເຈົ້າທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ນຳຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ/ເພື່ອນຮ່ວມງານບ່ອນທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້

- ຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງການພະຍາດ **HIV/AIDS** ແລະ **STD/STI**, ການວິໄຈເບິ່ງ ຫລື ການປິ່ນປົວ (**RCW 70.02.220**)
- ສຸຂະພາບແຜ່ພັນ (ການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວເຊັ່ນວ່າການຄຸມກຳເນີດ ແລະ ການແຫ້ງລູກ)
- ບັນທຶກສຸຂະພາບໂຮກຈິດ (**RCW 70.02.230**)
- ບັນທຶກ (**CD**) ການຕິດຢາເສບຕິດ (**42 CFR Part 2**)

2B. ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ/ເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ໂຄງການສາມາດແລກປ່ຽນບັນທຶກຂອງອ້າພະເຈົ້ານຳ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆບ່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ) :

- ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານ
- ພະນັກງານສັງຄົມ **DCYF** ປັດຈຸບັນແລະ/ຫລືພະນັກງານສັງຄົມຂອງຈຸນເຜົາ
- ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບການສືບພັນ
- ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລປັດຈຸບັນ/ພໍ່ລ້ຽງແມ່ລ້ຽງ/ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ເປັນສາຍເລືອດ
- ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບໂຮກຈິດ
- ພໍ່ແມ່ຕາມສາຍເລືອດ (ຂຽນຊື່ແລະນາມສະກຸນ) :
- ອື່ນໆ (ຂຽນຊື່) :

ອ້າພະເຈົ້າຍັງ ຕົກລົງເຫັນພ້ອມ ອີກວ່າເພື່ອນຮ່ວມງານທີ່ຖືກບັງຄັບໃນຟອມໃບນີ້ອາດຈະແລກປ່ຽນຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງອ້າພະເຈົ້ານຳກັນ ແລະ ກັນ, ແລະ ບໍ່ສາມາດທີ່ຈະແລກປ່ຽນນຳຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກບັງຄັບໃນຟອມໃບນີ້. ອ້າພະເຈົ້າສາມາດປ່ຽນໃຈຂອງອ້າພະເຈົ້າໄດ້ ແລະ ເອົາຄຳຕົກລົງເຫັນພ້ອມຂອງອ້າພະເຈົ້າຄືນມາໄດ້ໃນທຸກໆເວລາໂດຍການເຊັນຊື່ໃສ່ໃບຟອມການຖອນຄຳຍິນຍອມ ແລະ ເອົາໃຫ້ພະນັກງານສັງຄົມຂອງອ້າພະເຈົ້າ ຫລື ເອົາໃຫ້ຫນ່ວຍ **FWB**. ອັນນີ້ຈະບໍ່ສະທ້ອນເຖິງຮາຍຮະອຽດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຖືກແລກປ່ຽນກັນແລ້ວ. ຊື່ສິ້ນ: _____

ນອກຈາກວ່າໄດ້ຖືກຍົກເລີກມາກ່ອນໂດຍອ້າພະເຈົ້າ, ຮາຍຮະອຽດອັນເຈາະຈົງຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຈະມີຜົນໃຊ້ໄດ້ຈົນຮອດ ອ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນການລ້ຽງເດັກກຳພ້າອີກແລ້ວ, ຫລື ຈົນຮອດ _____.

ວັນທີຫມົດອາຍຸ

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍຂອງລູກຄ້າ

ວັນທີ

ອຽນເປັນຕົວລິມະຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ

ຄວາມສັນນິພົນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍຕໍ່ລູກຄ້າ

ຄຳຮ້າງການເຖິງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ: ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ໄດ້ຖືກເປີດເຜີຍໃຫ້ແກ່ທ່ານຈາກບັນທຶກທີ່ຖືກປົກປ້ອງດ້ວຍກົດຮະບຽບການປົກປິດໄວ້ເປັນຄວາມລັບຂອງຮັດຖະບານກາງ, **42 Code of Federal Regulations (CFR), Part 2**. ກົດຮະບຽບຂອງຮັດຖະບານກາງຫ້າມບໍ່ໃຫ້ທ່ານທຳການເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ຕໍ່ໄປອີກຈັກຢ່າງນອກຈາກວ່າການເປີດເຜີຍຕໍ່ໄປນັ້ນໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ຢ່າງແຈ້ງໂດຍໃບໜັງສືອິດຂຽນຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມັນກ່ຽວຂ້ອງນຳ ຫລື ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍກົດຮະບຽບ **42 CFR, Part 2**. ໃບອະນຸຍາດທີ່ໄປທັມມະດາໃຫ້ເປີດເຜີຍຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການພະຍາບານ ຫລື ຢ່າງອື່ນໆແມ່ນ ບໍ່ ພຽງພໍສຳລັບຈຸດປະສົງອັນນີ້.