

Конфиденциальная информация о состоянии здоровья Решение об урегулировании спора сторонами до вынесения решения Confidential Health Information Consent Agreement

Вы были направлены в программу Обеспечения благосостояния детей через патронажный уход (FWB), потому что наше подразделение может помочь людям, участвующим в уходе за вами, лучше понимать ваши нужды, связанные с состоянием вашего здоровья. В патронажном уходе вне семьи важно, чтобы поставщики услуг и другие лица, участвующие в уходе за вами, могли обсудить друг с другом стратегию ухода. Ваша история болезни может содержать следующую информацию о/об:

- услугах по планированию семьи, например, по предупреждению беременности и абортах;
- ВИЧ/СПИД; и/или
- инфекциях, передающихся половым путем (заболевания, которые вы можете получить при половом акте);
- курсах медикаментозного лечения и услугах, связанных/оказываемых в связи с вашим психическим здоровьем;
- услугах в связи с зависимостью от химических веществ.

Поскольку такая медицинская информация является личной, партнеры, у которых есть информация о состоянии вашего здоровья, не могут предоставлять эту информацию иным лицам, если вы не дали на это согласия, или законодательство штата Вашингтон не предусматривает соответствующей возможности. Это касается информации о состоянии вашего здоровья, хранящейся в компьютерных файлах или в бумажном виде.

Если вы не подписали этот бланк, вы всё еще можете получать услуги Координационного подразделения по патронажному уходу. **Всем лицам старше 13 лет, которые обращаются в нашу программу, будет задаваться вопрос о том, согласны ли они подписать этот бланк, вне зависимости от того, применяется эта медицинская информация к вам или нет.**

Подписывая настоящий документ о согласии, я выражаю собственное согласие с тем, что лицам, которых я указал(а), разрешено знакомиться с моей личной и конфиденциальной медицинской информацией и консультироваться друг с другом, оказывая мне помощь в рамках организации медицинского ухода за мной. Эта медицинская информация может быть получена до даты подписания мной этого документа, и/или после нее. Моя медицинская карта может содержать информацию о всех болезнях или травмах, которые у меня есть сейчас или которые могли быть у меня ранее, а именно: результаты исследований (к примеру, рентгенографических исследований или анализов крови), а также информацию о лекарственных средствах, которые я принимаю сейчас или же принимал(а) ранее.

Я СОГЛАСЕН(-СНА) разрешить FWB получать от других партнеров мою медицинскую информацию, указанную ниже, и обмениваться ею с указанными в форме партнерами:

- Всю мою информацию в качестве клиента, включая репродуктивное здоровье (то есть контроль рождаемости, беременность и аборты), результаты анализов на ВИЧ/ СПИД и заболевания/инфекции, передающиеся половым путем (ЗППП/ИППП), данные по диагностике и лечению (RCW 70.02.220), информацию о состоянии психического здоровья (RCW 70.02.230) и информацию о зависимости от химических веществ (ХВ) (42 CFR Part 2).

ИЛИ только следующую информацию (отметить всё, что применимо):

- Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и ЗППП/ИППП, а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний (RCW 70.02.220)
- Информация о репродуктивном здоровье (услуги по планированию семьи, например, контроль за рождаемостью и аборты)
- Информация о психическом состоянии (RCW 70.02.230)
- Информация о зависимости от химических веществ (42 CFR Part 2)
- Другое (перечислите): _____

Я также СОГЛАСЕН(-СНА), чтобы партнеры, перечисленные в этом бланке могли обмениваться моей медицинской информацией друг с другом, и не могли обмениваться ею с другими лицами, не указанными в этом бланке. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, подписав форму Отзыва согласия, и предоставив ее своему социальному работнику или направив ее в FWB. Это не повлияет на ту информацию, которая уже известна. Инициалы: _____

Если ранее не было отменено мною, данная информация действительна пока я получаю патронажную помощь, или пока _____
ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ

ФАМИЛИЯ/ИМЯ КЛИЕНТА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЕГО / ЕЁ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	
ДАТА	КЕМ ПРИХОДИТСЯ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КЛИЕНТУ
ФАМИЛИЯ/ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	

СПИСОК ИМЕН/НАЗВАНИЙ УЧАСТВУЮЩИХ ПАРТНЕРОВ	ДАТА	ИНИЦИАЛЫ КЛИЕНТА
, Социальный работник Департамента по делам детей, молодежи и семей		
, Приемный родитель		
, Поставщик первичных медицинских услуг		
, Организации по предоставлению управляемых медицинских услуг		
, Имя и фамилия координатора по уходу из программы «Дом здоровья»		
, Социальный работник / директор профильной службы племени		

Уведомление для получателей: переданная вам настоящая информация определяется как данные, находящиеся под защитой федеральных норм в отношении конфиденциальности, см. кодекс 42 Code of Federal Regulations (CFR), Part 2. Федеральные нормы и правила запрещают вам в свою очередь раскрывать настоящую информацию, если это явно не разрешено в письменном виде лицом, к которому она относится, или же если речь не идет о раскрытии такой информации в иных случаях, предусмотренных кодексом 42 CFR, Part 2. Разрешение общего характера на раскрытие медицинской или прочей информации в таких целях **НЕ** является достаточным.