

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

ИМЯ КЛИЕНТА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА

Вы были направлены в программу Обеспечения благосостояния детей через патронажный уход (FWB), потому что наша программа может помочь вам и другим 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 люди, участвующие в уходе за вами, могли обсуждать друг с другом стратегию ухода за вами. Иногда ваша история болезни может быть внесена в компьютерную систему или напечатана на бумаге и может содержать следующую информацию о/об:

- услугах по планированию семьи, например, по предупреждению беременности и абортах;
- инфекциях, передающихся половым путем (STI) — инфекциях, которые вы можете получить при половом акте, ранее они были известны как «заболевания, передающиеся половым путем (STD)» и/или HIV/AIDS; и/или;
- 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.

Если вы не подписали этот бланк, вы всё еще можете получать услуги программы FWB. **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 соглашаюсь с тем, что лицам, которых я указал(а), разрешено знакомиться с моей личной и конфиденциальной медицинской информацией. Они могут консультироваться друг с другом, оказывая мне помощь в рамках организации медицинского ухода за мной. Моя конфиденциальная медицинская информация может содержать информацию о всех болезнях или травмах, которые у меня есть сейчас или которые имелись у меня ранее. Записи могут содержать результаты исследований (к примеру, рентгенографических исследований или анализов крови), а также информацию о лекарственных средствах, которые я принимаю сейчас или же принимал(а) ранее и записи о приемах в больнице, в офисах поставщиков услуг и/или в других учреждениях.

Раздел 1:

Я СОГЛАСЕН(-НА) разрешить программе FWB получать мою медицинскую информацию, указанную ниже, и делиться ей с моими поставщиками услуг в сфере физического и психического здоровья, включая моего социального работника в Департаменте по делам детей, молодежи и семей (DCYF) и/или социального работника на уровне племени, лицо, предоставляющее мне уход и моих биологических родителей или родителя:

- Всю мою информацию в качестве клиента, включая, помимо прочего, репродуктивное здоровье (то есть контроль рождаемости, беременность и аборты), результаты анализов на HIV/AIDS и заболевания/инфекции, передающиеся половым путем (STD/STI), 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 (CD) (42 CFR Part 2).

ИЛИ (Если Раздел 1 не заполнен, заполните обе части Раздела 2 ниже)

