

Thông Tin Y Tế Mật Hợp Đồng Ứng Thuận

Confidential Health Information Consent Agreement

VIẾT IN TÊN THÂN CHỦ

NGÀY SINH CỦA THÂN CHỦ

Quý vị đã được chuyển đến chương trình Chăm Sóc Nuôi Dưỡng Khỏe Mạnh (FWB) để cho chương trình của chúng tôi có thể trợ giúp quý vị và những người khác có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị hiểu được các nhu cầu sức khỏe của quý vị. Trong khi gửi nuôi ngoài nhà, điều quan trọng là các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và những người khác có liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị có thể liên lạc với nhau để phối hợp chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Đôi khi, hồ sơ y tế của quý vị có thể có trong hệ thống máy tính hoặc bằng văn bản và có thể bao gồm thông tin về:

- Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như sinh đẻ có kế hoạch và phá thai;
- Bệnh Lây Nhiễm Qua Đường Tình Dục (STI) mà quý vị có thể bị lây nhiễm từ việc quan hệ tình dục, trước đây được gọi là “Bệnh Truyền Qua Đường Tình Dục (STD)” và/hoặc HIV/AIDS; và/hoặc
- Các loại thuốc chữa bệnh và dịch vụ Sức Khỏe Tâm Thần;
- Các dịch vụ Điều Trị Việc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện.

Bởi vì các loại thông tin y tế này là riêng tư, các thành viên có thông tin y tế của quý vị không thể cung cấp thông tin y tế này cho những người khác trừ khi quý vị đồng ý hoặc luật lệ Tiểu Bang quyết định họ có thể cung cấp thông tin cho những người khác. Việc này đúng nếu thông tin y tế của quý vị có trong hệ thống máy tính hoặc trên giấy.

Nếu không ký vào mẫu đơn này, quý vị vẫn có thể nhận được các dịch vụ từ chương trình FWB. **Tất cả thiếu niên trên 13 tuổi được chuyển đến chương trình của chúng tôi sẽ được hỏi xem họ có muốn ký vào mẫu đơn này hay không, dù loại thông tin trong mẫu đơn này có thích hợp với quý vị hay không.**

Bằng cách ký tên vào đơn ưng thuận này, tôi đồng ý rằng những người tôi đã nhận dạng trên mẫu đơn này được phép xem thông tin y tế mật và riêng tư của tôi. Họ có thể bàn bạc với một người khác để giúp tôi quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Thông tin y tế mật của tôi có thể bao gồm các hồ sơ về bệnh tật hoặc thương tổn mà tôi hiện có hoặc đã có trước đó. Các hồ sơ có thể gồm có kết quả xét nghiệm (như chụp x-quang và thử máu), các loại thuốc tôi hiện đang sử dụng hoặc đã sử dụng trước đó, và các hồ sơ từ các buổi thăm khám hoặc đến bệnh viện, văn phòng nhà cung cấp hoặc cơ sở hoặc phòng khám chữa bệnh khác.

Mục 1:

Tôi ĐỒNG Ý cho phép chương trình FWB nhận và chia sẻ thông tin y tế của tôi được đánh dấu dưới đây với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần và chăm sóc y tế của tôi bao gồm Nhân Viên Xã Hội của Sở Trẻ Em, Thanh Thiếu Niên và Gia Đình (DCYF) và/hoặc Nhân Viên Xã Hội Bộ Lạc của tôi, Nhân Viên Chăm Sóc hiện tại và (các) Cha/Mẹ Ruột của tôi:

- Tất cả hồ sơ thân chủ của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn về, Sức Khỏe Sinh Sản (tức là sinh đẻ có kế hoạch, mang thai, và phá thai), các kết quả xét nghiệm, hồ sơ chẩn đoán hoặc điều trị HIV/ AIDS và STD/STI (RCW 70.02.220), hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 70.02.230) và hồ sơ Điều Trị Việc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (CD) (42 CFR Phần 2).

HOẶC (Nếu không hoàn tất Mục 1, xin hoàn tất cả hai phần của Mục 2 dưới đây)

Mục 2: (Mục 2A và 2B phải được hoàn tất)

2A. Tôi ĐỒNG Ý cho phép chương trình FWB nhận và chia sẻ thông tin y tế của tôi được đánh dấu dưới đây chỉ cho Nhà Cung Cấp/Đối Tác được đánh dấu dưới đây

- Các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị HIV/AIDS và STD/STI (RCW 70.02.220)
- Sức Khỏe Sinh Sản (các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như sinh đẻ có kế hoạch và phá thai)
- Hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần (RCW 70.02.230)
- Hồ sơ Điều Trị Việc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (CD) (42 CFR Phần 2)

2B. Nhà Cung Cấp / Đối Tác mà chương trình FWB có thể chia sẻ các hồ sơ của quý vị (đánh dấu tất cả các mục thích hợp):

- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế
- Nhân Viên Xã Hội của DCYF và/hoặc Nhân Viên Xã Hội Bộ Lạc hiện tại
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Sức Khỏe Sinh Sản
- Nhân Viên Chăm Sóc / Cha Mẹ Nuôi / Thân Nhân Chăm Sóc hiện tại
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần
- (Các) Cha/Mẹ Ruột (liệt kê tên và họ):
- Người Khác (liệt kê):

Tôi cũng ĐỒNG Ý rằng các đối tác được liệt kê trong mẫu đơn này có thể chia sẻ thông tin y tế của tôi với nhau, và không thể chia sẻ thông tin cho bất kỳ người nào không được liệt kê trong mẫu đơn này. Tôi có thể thay đổi ý kiến và lấy lại đơn ưng thuận của mình vào bất kỳ lúc nào bằng cách ký vào mẫu đơn Xin Hủy Bỏ Sự Ưng Thuận và gửi đến cho Nhân Viên Xã Hội của mình hoặc FWB. Việc này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ thông tin nào đã được chia sẻ. Chữ ký tắt: _____

Trừ khi trước đây tôi đã hủy bỏ, thông tin cụ thể trên đây có hiệu lực cho đến Tôi không còn được chăm sóc nuôi dưỡng nữa, hoặc cho đến khi _____.

NGÀY HẾT HẠN

CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA THÂN CHỦ NGÀY

VIẾT IN TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP

MỐI QUAN HỆ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP VỚI THÂN CHỦ

Thông Báo đến Những Người Nhận: Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ theo luật bảo mật liên bang, Bộ Luật Quy Định Liên Bang (CFR) 42, Phần 2. Luật lệ liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ phần nào của thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép tuyệt đối bằng văn bản ưng thuận của người này mà văn bản có liên quan đến người này hoặc một khác được cho phép của 42 CFR, Phần 2. Sự cho phép chung về việc tiết lộ thông tin y tế và thông tin khác **KHÔNG** đủ cho mục đích này.