

Identitas Klien			
NAMA	TANGGAL LAHIR	NOMOR IDENTIFIKASI	
ALAMAT	KOTA	PROVINSI/NEGARA BAGIAN	KODE POS
NOMOR TELEPON (TERMASUK KODE AREA)	INFORMASI LAINNYA		



## Persetujuan Consent

**Pemberitahuan kepada Klien:** Department of Social and Health Services (DSHS) mampu membantu Anda dengan lebih baik jika kami dapat bekerja sama dengan lembaga dan profesional lain yang mengenal Anda dan keluarga Anda. Dengan menandatangani formulir ini, Anda memberikan izin kepada DSHS dan lembaga serta individu yang tercantum di bawah ini untuk menggunakan dan membagikan informasi rahasia tentang Anda. DSHS tidak dapat menolak manfaat Anda meskipun Anda tidak menandatangani formulir ini kecuali persetujuan Anda diperlukan untuk menentukan kelayakan Anda. Jika Anda tidak menandatangani formulir ini, DSHS mungkin tetap membagikan informasi tentang Anda sejauh diizinkan oleh hukum. Jika Anda memiliki pertanyaan tentang bagaimana DSHS membagikan informasi rahasia klien atau hak privasi Anda, harap baca Pemberitahuan Praktik Privasi DSHS atau tanyakan kepada orang yang memberikan formulir ini kepada Anda.

### Persetujuan

1 Saya menyetujui penggunaan informasi rahasia tentang saya di dalam DSHS untuk merencanakan, menyediakan, dan mengoordinasikan layanan, perawatan, pembayaran, dan manfaat bagi saya atau untuk tujuan lain yang diizinkan oleh hukum. Saya juga memberikan izin kepada DSHS dan lembaga-lembaga, penyedia, atau orang-orang yang tercantum di bawah ini untuk menggunakan informasi rahasia saya dan mengungkapkannya satu sama lain untuk tujuan ini. Informasi dapat dibagikan baik secara lisan, elektronik, surat, atau pengiriman langsung.

**Alasan Pengungkapan: Informasi ini wajib diisi sebelum DSHS dapat membagikan data obat-obatan dan alkohol atau kesehatan mental. Jika kolom ini tidak diisi, DSHS akan mencatat alasan pengungkapan atas permintaan Anda.**

Mohon periksa semua informasi berikut yang termasuk dalam persetujuan ini selain DSHS, dan beritahukan nama dan alamat mereka:

- Penyedia layanan kesehatan: \_\_\_\_\_
- Penyedia layanan kesehatan mental: \_\_\_\_\_
- Penyedia layanan gangguan penggunaan zat: \_\_\_\_\_
- Penyedia DSHS yang dikontrak lainnya: \_\_\_\_\_
- Program perumahan: \_\_\_\_\_
- Distrik sekolah atau perguruan tinggi: \_\_\_\_\_
- Departemen Pemasarakatan: \_\_\_\_\_
- Departemen Keamanan Ketenagakerjaan dan mitra kerjanya: \_\_\_\_\_
- Administrasi Jaminan Sosial atau agen federal lainnya: \_\_\_\_\_
- Lihat daftar terlampir
- Lainnya:

2. Alasan pengungkapan:  Kontinuitas perawatan  Sah  Pribadi  Lainnya:

3. Saya mengizinkan dan menyetujui berbagi data dan informasi berikut (boleh centang lebih dari satu):

- Semua data klien saya  Data pada daftar terlampir
- Hanya data berikut
  - Riwayat keluarga, sosial dan pekerjaan
  - Rencana pengobatan atau perawatan
  - Catatan pembayaran
  - Evaluasi individu
  - Sekolah, pendidikan, dan pelatihan
  - Informasi perawatan kesehatan mental (sebutkan):
  - Informasi perawatan kesehatan (sebutkan):
  - Lainnya (cantumkan):

Identitas Klien		
NAMA	TANGGAL LAHIR	NOMOR IDENTIFIKASI
<p><b>Catatan: Jika catatan klien Anda disertai salah satu dari informasi berikut, Anda juga harus melengkapi bagian ini untuk menyertakan catatan ini.</b></p> <p>Saya mengizinkan untuk mengungkapkan data berikut (boleh centang lebih dari satu):</p> <p><input type="checkbox"/> Kesehatan mental    <input type="checkbox"/> Hasil tes, diagnosis, atau pengobatan HIV/AIDS dan STD    <input type="checkbox"/> Gangguan Penggunaan Zat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persetujuan ini berlaku selama satu tahun atau <input type="checkbox"/> sampai _____ (tanggal atau kejadian).</b></li> <li>• <b>Saya dapat membatalkan atau mencabut persetujuan ini kapan saja secara tertulis, tapi hal tersebut tidak akan memengaruhi informasi apa pun yang telah dibagikan.</b></li> <li>• <b>Saya memahami bahwa catatan yang dibagikan berdasarkan persetujuan ini mungkin tidak lagi dilindungi berdasarkan undang-undang yang berlaku untuk DSHS.</b></li> <li>• <b>Salinan formulir ini berlaku untuk memberikan izin kepada saya untuk berbagi catatan.</b></li> </ul>		
TANDA TANGAN		TANGGAL
TANDA TANGAN SAKSI / NOTARIS, JIKA BERLAKU	NAMA SAKSI / NOTARIS TERCETAK	TANGGAL
TANDA TANGAN ORANG TUA ATAU PERWAKILAN LAINNYA (JIKA ADA)	NOMOR TELEPON (TERMASUK KODE AREA)	TANGGAL
<p>Jika saya bukan subjek utama data, saya berwenang menandatangani karena saya adalah: (lampirkan bukti kewenangan)</p> <p><input type="checkbox"/> Orangtua    <input type="checkbox"/> Wali Sah (lampirkan ketetapan pengadilan)    <input type="checkbox"/> Perwakilan pribadi    <input type="checkbox"/> Lainnya:</p>		

Pemberitahuan kepada Penerima Informasi: **Jika data ini berisi informasi tentang HIV, PMS, atau AIDS, Anda tidak boleh mengungkapkan informasi tersebut lebih lanjut tanpa izin khusus dari klien.** Jika Anda menerima informasi terkait penyalahgunaan obat atau alkohol oleh klien, Anda harus menyertakan pernyataan berikut saat mengungkapkan informasi lebih lanjut sebagaimana disyaratkan oleh 42 CFR 2.32:

Informasi ini diungkapkan kepada Anda dari catatan yang dilindungi oleh aturan kerahasiaan Federal (42 CFR Pasal 2). Peraturan federal larangan pengungkapan informasi ini lebih lanjut kecuali pengungkapan lebih lanjut diizinkan oleh persetujuan tertulis dari orang yang berhubungan atau melalui izin sesuai 42 CFR Pasal 2. Otorisasi umum untuk pelepasan informasi medis atau lainnya TIDAK cukup untuk tujuan ini. Aturan Federal membatasi penggunaan informasi tersebut untuk menyelidiki atau menuntut pasien penyalahgunaan alkohol atau narkoba secara kriminal.

## Petunjuk Pengisian Formulir Persetujuan, DSHS 14-012

**Penggunaan:** Gunakan formulir ini saat Anda memerlukan izin untuk menggunakan atau membagikan informasi rahasia tentang klien secara berkelanjutan mengenai klien di dalam DSHS atau untuk mengungkapkan informasi tersebut kepada lembaga lain untuk mengoordinasikan layanan atau untuk perawatan, pembayaran, atau operasi agen atau untuk tujuan lain yang diakui oleh hukum.

Isi formulir ini secara elektronik jika memungkinkan. Anda harus mengisi **satu formulir untuk setiap orang, termasuk anak-anak.**

### Bagian-bagian Formulir:

#### IDENTITAS:

- **Nama:** Tulis hanya satu nama klien pada setiap formulir. Sertakan nama lama yang mungkin digunakan klien saat menerima layanan.
- **Tanggal lahir:** Diperlukan untuk mengidentifikasi klien dari orang-orang dengan nama yang mirip.
- **Nomor Identitas:** Tulis nomor identitas klien atau tanda pengenal lainnya seperti nomor jaminan sosial (tidak wajib) untuk membantu mengidentifikasi catatan dan melacak riwayat dan layanan yang diterima.
- **Lainnya:** Cantumkan dalam kotak ini informasi tambahan apa pun yang dapat membantu menemukan catatan, seperti DSHS yang terkait dengan layanan, nama anggota keluarga, atau informasi relevan lainnya.

#### PERSETUJUAN (OTORISASI):

- **Alasan pengungkapan:** Informasi ini wajib diisi sebelum DSHS dapat membagikan data obat-obatan dan alkohol atau kesehatan mental. Jika kolom ini tidak diisi, DSHS akan mencatat alasan pengungkapan atas permintaan Anda.
- **Instansi atau petugas yang bertukar catatan:** Formulir yang sudah diisi ini mengizinkan: (1) penggunaan dan pengungkapan informasi rahasia di dalam DSHS dan dengan lembaga atau petugas yang terdaftar; dan (2) pengungkapan informasi rahasia kepada DSHS oleh lembaga atau petugas di luar daftar. Anda juga dapat melampirkan daftar lembaga yang diizinkan untuk berbagi informasi, yang juga harus ditandatangani oleh klien.
- **Informasi yang disertakan:** Klien harus menunjukkan apa saja catatan yang dicakup oleh persetujuan. Klien dapat menyediakan semua catatan atau membatasi catatan yang disertakan berdasarkan tanggal, jenis, atau sumber catatan. Jika klien tidak menandatangani persetujuan atau tidak menetapkan catatan tertentu, berbagi catatan tersebut tetap boleh dilakukan selama diizinkan oleh hukum. Anda dapat melampirkan daftar catatan yang tercakup, yang juga harus ditandatangani oleh klien. Jika ada catatan yang mencakup informasi yang berkaitan dengan kesehatan mental (RCW 71.05.620), pengujian atau pengobatan HIV/AIDS atau STD (RCW 70.02.220), atau layanan obat-obatan dan alkohol (42 CFR 2.31(a)(5)), klien harus menandai area ini secara khusus untuk memberikan izin untuk berbagi catatan ini. Formulir ini tidak berlaku untuk menyertakan catatan psikoterapi di bawah 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); lengkapi formulir terpisah untuk menyertakan catatan tersebut.
- **Durasi:** Sertakan tanggal kedaluwarsa untuk persetujuan, jika berbeda dari satu tahun. Persetujuan akan kedaluwarsa dalam satu tahun kecuali Anda menuliskan tanggal yang berbeda.
- **Pemahaman:** Pastikan klien memahami izin apa yang diberikan dan bagaimana serta mengapa informasi akan dibagikan. Jika perlu, gunakan formulir terjemahan dan juru bahasa atau baca formulir dengan nyaring. Jika klien memerlukan informasi lebih lanjut, berikan salinan tambahan Pemberitahuan Praktik Privasi DSHS atau rujuk klien ke petugas pengungkapan publik untuk unit Anda.

#### TANDA TANGAN:

- **Klien:** Mintalah klien atau anak di atas usia persetujuan (13 untuk layanan kesehatan mental dan obat-obatan dan alkohol; 14 untuk HIV/AIDS dan PMS lainnya; semua usia untuk KB dan aborsi; 18 untuk perawatan kesehatan dan catatan lainnya) menandatangani kotak ini dan tulis tanggal tanda tangan. Klien dapat mengganti tanda di kotak ini dengan Anda sebagai saksi.
- **Saksi atau Notaris:** Mungkin diperlukan seorang saksi atau notaris untuk memverifikasi identitas klien jika klien tidak menyerahkan formulir ini secara langsung atau jika suatu program meminta verifikasi. Orang ini harus menandatangani dan mencetak namanya.
- **Orang Tua atau Perwakilan Lain:** Jika klien adalah anak di bawah usia persetujuan, orangtua atau wali yang harus menandatangani. Jika anak tidak memenuhi usia persetujuan untuk semua catatan yang akan dibagikan, baik anak maupun orang tua harus menandatangani. Jika klien telah dinyatakan tidak cakap hukum, wali yang ditunjuk oleh pengadilan harus menandatangani dan memberikan salinan perintah penunjukkan. Jika seseorang menandatangani dalam kapasitas lain (termasuk orang yang mendapat surat kuasa atau perwakilan properti), tandai "lainnya" dan dapatkan salinan otoritas hukum untuk bertindak. Orang yang menandatangani harus memberi tanggal pada tanda tangan dan memberikan nomor telepon atau informasi kontak.