

# 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.

## IDENTIFIKASI KLIEN:

NAMA		TANGGAL LAHIR	NOMOR IDENTIFIKASI	
ALAMAT		KOTA	PROVINSI	KODE POS
NOMOR TELEPON (BESERTA KODE WILAYAH)		INFORMASI LAINNYA		

## PERSETUJUAN:

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 selanjutnya memberikan izin kepada DSHS dan lembaga, penyedia, atau orang yang terdaftar di bawah ini untuk menggunakan informasi rahasia saya dan mengungkapkannya kepada satu sama lain untuk tujuan ini. Informasi dapat dibagikan secara lisan atau melalui transfer data komputer, surat, atau pengiriman dokumen cetak.

Harap periksa semua poin di bawah ini yang termasuk di dalam persetujuan ini bersama DSHS dan identifikasikan mereka berdasarkan nama dan alamatnya:

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

Saya mengizinkan dan menyetujui untuk membagikan catatan dan informasi berikut (centang semua yang sesuai):

- Semua catatan klien saya       Catatan pada daftar yang terlampir
- Hanya catatan berikut:
  - Riwayat keluarga, sosial dan pekerjaan
  - Informasi perawatan kesehatan
  - Rencana pengobatan atau perawatan
  - Catatan pembayaran
  - Penilaian individu
  - Sekolah, pendidikan, dan pelatihan
  - Lainnya (sebutkan): \_\_\_\_\_

## PERHATIAN: Jika catatan klien Anda menyertakan salah satu informasi berikut, Anda juga harus melengkapi bagian ini untuk menyertakan catatan tersebut.

Saya memberikan izin untuk mengungkapkan catatan berikut (centang semua yang berlaku):

- Kesehatan mental     Hasil tes, diagnosis, atau pengobatan HIV/AIDS dan PMS     Gangguan Penggunaan Zat

- **Persetujuan ini berlaku selama**  **satu tahun**  **selama DSHS membutuhkan catatan, atau**  **hingga \_\_\_\_\_ (tanggal atau acara).**
- **Saya dapat mencabut atau menarik persetujuan ini kapan saja secara tertulis, tetapi keputusan tersebut tidak akan berpengaruh pada informasi yang telah dibagikan.**
- **Saya memahami bahwa catatan yang dibagikan berdasarkan persetujuan ini mungkin tidak lagi dilindungi oleh undang-undang yang berlaku untuk DSHS.**
- **Salinan formulir ini berlaku sebagai perizinan saya untuk membagikan catatan.**

TANDA TANGAN	TANGGAL	SAKSI / NOTARIS (TANDA TANGAN DAN NAMA TERANG, JIKA BERLAKU)	TANGGAL
TANDA TANGAN ORANG TUA ATAU PERWAKILAN LAINNYA (JIKA BERLAKU)		NOMOR TELEPON (BESERTA KODE WILAYAH)	TANGGAL

Jika saya bukan subjek dari catatan, saya berwenang untuk menandatangani karena saya adalah: (lampirkan bukti kewenangan)

- Orang tua     Wali Sah (lampirkan perintah pengadilan)     Perwakilan pribadi     Lainnya: \_\_\_\_\_

**PEMBERITAHUAN KEPADA PENERIMA INFORMASI: Jika catatan 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 yang diungkapkan kepada Anda ini berasal dari catatan yang dilindungi oleh aturan kerahasiaan Federal (42 CFR bagian 2). Aturan Federal melarang Anda melakukan pengungkapan lebih lanjut dari informasi ini kecuali pengungkapan lebih lanjut tersebut secara tegas diizinkan oleh persetujuan tertulis dari orang yang bersangkutan atau sebagaimana diizinkan oleh 42 CFR bagian 2. Perizinan umum untuk perilsan informasi medis atau lainnya BELUM cukup kuat untuk tujuan ini. Aturan Federal membatasi penggunaan informasi apa pun untuk menyelidiki atau menuntut pasien atas penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan secara kriminal.

## PETUNJUK PENGISIAN FORMULIR PERSETUJUAN

**Tujuan:** Gunakan formulir ini bila Anda memerlukan persetujuan untuk menggunakan informasi rahasia secara berkelanjutan tentang klien DSHS atau untuk mengungkapkan informasi tersebut kepada lembaga lain untuk mengoordinasikan layanan atau untuk perawatan, pembayaran, atau operasi lembaga atau untuk tujuan lain yang diakui oleh hukum. Klien adalah orang yang menerima manfaat atau layanan dari DSHS.

**Penggunaan:** Isi formulir ini secara elektronik jika memungkinkan untuk kemudahan membaca, **Formulir terpisah harus diisi untuk setiap orang, termasuk anak-anak.** Kata "Anda" di dalam instruksi mengacu pada karyawan DSHS dan "Anda" pada formulir mengacu pada klien. Membagikan catatan mencakup pada penggunaan dan pengungkapan informasi rahasia tentang klien.

### Bagian-Bagian Formulir:

#### IDENTIFIKASI:

- **Nama:** Hanya berikan satu nama klien untuk setiap formulir. Sertakan nama lama yang mungkin pernah digunakan klien saat menerima layanan.
- **Tanggal Lahir:** Diperlukan untuk mengidentifikasi klien dari orang-orang dengan nama yang mirip.
- **Nomor Identifikasi:** Berikan nomor identifikasi klien atau pengenalan lain seperti nomor jaminan sosial (tidak wajib) untuk membantu mengidentifikasi catatan dan melacak riwayat serta layanan yang diterima.
- **Alamat dan nomor telepon:** Informasi tambahan yang akan membantu dalam menemukan dan mengidentifikasi atau menghubungi klien.
- **Lainnya:** Cantumkan dalam kotak ini informasi tambahan apa pun yang dapat membantu menemukan catatan yang mungkin mencakup bagian DSHS yang terkait dengan layanan, nama anggota keluarga, atau informasi relevan lainnya.

#### PERSETUJUAN (PERIZINAN):

- **Agensi atau orang yang bertukar catatan:** Pengisian formulir ini oleh klien memungkinkan penggunaan dan pembagian informasi rahasia di dalam DSHS. DSHS akan dapat mengungkapkan dan menerima informasi rahasia dari lembaga luar atau orang yang terdaftar. Berikan informasi pengenalan tentang agensi atau penyedia, termasuk nama, alamat, atau lokasi jika memungkinkan. Anda juga dapat melampirkan daftar agensi yang diizinkan untuk berbagi informasi yang juga harus ditandatangani oleh klien.
- **Informasi yang disertakan:** Klien harus menunjukkan catatan apa yang disertakan dalam persetujuan. Klien dapat menyediakan semua catatan atau dapat membatasi catatan yang disertakan menurut tanggal, jenis, atau sumber catatan. Jika klien tidak menandatangani persetujuan atau tidak menentukan catatan tertentu, pembagian catatan akan tetap diizinkan jika diperbolehkan oleh hukum. Anda dapat melampirkan daftar catatan yang dicakup yang juga harus ditandatangani klien. Jika ada catatan yang menyertakan informasi yang berkaitan dengan kesehatan mental (RCW 71.05.620), tes atau pengobatan HIV/AIDS atau STD (RCW 70.02.220), atau layanan obat dan alkohol (42 CFR 2.31(a)(5)), klien harus menandai area ini secara khusus untuk memberikan izin pembagian catatan ini. Formulir ini tidak dapat digunakan untuk menyertakan catatan psikoterapi di bawah 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) dan formulir terpisah harus dilengkapi untuk menyertakan catatan tersebut.
- **Durasi:** Sertakan tanggal kedaluwarsa untuk persetujuan yang memenuhi tujuan program Anda atau sebagaimana ditentukan oleh hukum.
- **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 keras. 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 dewasa (13 untuk kesehatan mental dan layanan obat-obatan dan alkohol; 14 untuk HIV/AIDS dan PMS lainnya; segala usia untuk pengendalian kelahiran dan aborsi; 18 untuk perawatan kesehatan dan catatan lainnya) menandatangani kotak ini dan menyisipkan tanggal penandatanganan. Klien dapat mengganti tanda di kotak ini dan disaksikan oleh Anda.
- **Saksi atau Notaris:** Saksi atau notaris mungkin diperlukan untuk memverifikasi identitas Anda jika Anda tidak mengirimkan formulir ini secara langsung atau jika dibutuhkan oleh suatu program untuk verifikasi. Orang ini harus menandatangani dan menuliskan nama terangnya.
- **Orang Tua atau Perwakilan Lainnya:** Jika klien adalah anak di bawah usia dewasa, orang tua atau wali harus menandatangani. Jika anak tidak memenuhi usia dewasa untuk semua catatan yang akan dibagikan, baik anak dan orang tua harus menandatangani. Jika klien telah dinyatakan tidak cakap secara hukum, wali yang ditunjuk oleh pengadilan harus menandatangani dan memberikan salinan perintah penunjukkan. Jika seseorang menandatangani dalam kapasitas lain (termasuk seseorang dengan surat kuasa atau perwakilan real estate), tandai "lainnya" dan minta salinan dari otoritas hukum untuk bertindak. Orang yang menandatangani harus memberi tanggal pada tanda tangan dan memberikan nomor telepon atau informasi kontak.