

PERSETUJUAN CONSENT

PEMBERITAHUAN UNTUK KLIEN: Departemen Layanan Sosial dan Kesehatan (DSHS) dapat membantu Anda lebih baik lagi jika kami dapat bekerja dengan agen dan profesional lain yang mengenal Anda dan keluarga Anda. Dengan menandatangani formulir ini, Anda memberikan izin kepada DSHS dan agen serta individu yang tercantum di bawah untuk menggunakan dan berbagi informasi mengenai rahasia tentang Anda. DSHS tidak dapat menolak manfaat, jika Anda tidak menandatangani formulir ini kecuali persetujuan Anda diperlukan untuk menentukan pemenuhan syarat Anda. Jika Anda tidak menandatangani formulir ini, DSHS masih dapat membagikan informasi tentang Anda hingga pada tingkatan yang diizinkan oleh hukum. Jika Anda memiliki pertanyaan tentang bagaimana DSHS membagikan informasi rahasia atau hak-hak privasi Anda, lihat Pemberitahuan Praktik Privasi DSHS atau tanyakan kepada orang yang memberikan formulir ini.

IDENTITAS KLIEN:			
NAMA:	TANGGAL LAHIR:	NOMOR IDENTITAS:	
ALAMAT:	KOTA:	NEGARA BAGIAN:	KODE ZIP:
NOMOR TELEPON (SERTAKAN KODE WILAYAH):	INFORMASI LAIN:		

PERSETUJUAN:
<p>Saya menyetujui penggunaan informasi rahasia mengenai diri saya di dalam DSHS untuk merencanakan, menyediakan, dan mengkoordinasikan layanan, perawatan, pembayaran, dan manfaat bagi saya atau untuk tujuan lain seperti yang diizinkan oleh hukum. Saya selanjutnya memberikan izin kepada DSHS dan agensi-agensinya di bawah, penyedia, atau orang untuk menggunakan informasi rahasia dan mengungkapkannya kepada yang lain untuk tujuan-tujuan ini. Informasi dapat disebarluaskan secara lisan atau melalui pemindahan data komputer, surat, atau diserahkan secara langsung.</p> <p><u>Harap periksa di bawah orang-orang yang disertakan di dalam persetujuan ini selain DSHS dan mengidentifikasi mereka menurut nama dan alamat:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Penyedia perawatan kesehatan: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Penyedia perawatan kesehatan mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Penyedia layanan ketergantungan kimia: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Penyedia DSHS yang dikontrak lainnya: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Program perawatan di rumah: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sekolah atau perguruan tinggi distrik: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departemen Lembaga Perumahan Masyarakat: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departemen Kepastian Pekerjaan dan mitra kerjanya: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kantor Administrasi Keamanan Sosial atau agen federal lainnya: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lihat daftar terlampir</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya: _____</p>

<p>Saya memberikan izin dan persetujuan untuk membagikan catatan dan informasi berikut (centang semua yang sesuai):</p> <p><input type="checkbox"/> Semua catatan klien saya</p> <p><input type="checkbox"/> Catatan pada daftar terlampir</p> <p><input type="checkbox"/> Hanya catatan berikut</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Riwayat keluarga, sosial, dan pekerjaan</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Informasi perawatan kesehatan</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Perlakuan atau rencana perawatan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Catatan pembayaran</td> <td><input type="checkbox"/> Penilaian perorangan</td> <td><input type="checkbox"/> Sekolah, pendidikan, dan pelatihan</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Lainnya (harap sebutkan): _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Riwayat keluarga, sosial, dan pekerjaan	<input type="checkbox"/> Informasi perawatan kesehatan	<input type="checkbox"/> Perlakuan atau rencana perawatan	<input type="checkbox"/> Catatan pembayaran	<input type="checkbox"/> Penilaian perorangan	<input type="checkbox"/> Sekolah, pendidikan, dan pelatihan	<input type="checkbox"/> Lainnya (harap sebutkan): _____		
<input type="checkbox"/> Riwayat keluarga, sosial, dan pekerjaan	<input type="checkbox"/> Informasi perawatan kesehatan	<input type="checkbox"/> Perlakuan atau rencana perawatan							
<input type="checkbox"/> Catatan pembayaran	<input type="checkbox"/> Penilaian perorangan	<input type="checkbox"/> Sekolah, pendidikan, dan pelatihan							
<input type="checkbox"/> Lainnya (harap sebutkan): _____									

<p>MOHON DIPERHATIKAN: Jika catatan klien Anda termasuk salah satu informasi berikut, Anda juga harus mengisi bagian ini untuk memasukkan catatan ini.</p> <p>Saya memberikan izin untuk mengungkapkan catatan berikut (centang semua yang sesuai):</p> <p><input type="checkbox"/> Kesehatan mental <input type="checkbox"/> Hasil tes, diagnosis, atau perawatan HIV/AIDS dan STD <input type="checkbox"/> Layanan Ketergantungan Kimia</p>
--

<p>- Persetujuan ini berlaku selama <input type="checkbox"/> satu tahun <input type="checkbox"/> sepanjang DSHS membutuhkan catatan, atau <input type="checkbox"/> hingga _____ (tanggal atau kejadian).</p> <p>- Saya dapat membatalkan atau menarik kembali persetujuan ini setiap saat secara tertulis, namun itu tidak akan mempengaruhi informasi yang sudah diberikan.</p> <p>- Saya memahami bahwa catatan yang dibagikan di bawah persetujuan ini tidak lagi dilindungi menurut hukum yang berlaku untuk DSHS.</p> <p>- Salinan formulir ini sah sebagai bentuk izin saya untuk membagikan catatan.</p>

TANDA TANGAN	TANGGAL	TANDA TANGAN KONTAK AGENSI/SAKSI	TANGGAL
TANDA TANGAN ORANG TUA ATAU PERWAKILAN LAINNYA (JIKA ADA)		NOMOR TELEPON (SERTAKAN KODE WILAYAH)	TANGGAL

<p>Jika saya bukan subjek dari catatan, saya diberi izin untuk menandatangani karena saya adalah: (lampirkan bukti pemberian izin)</p> <p><input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Wali Hukum (lampirkan perintah pengadilan) <input type="checkbox"/> Perwakilan pribadi <input type="checkbox"/> Lainnya: _____</p>
--

PEMBERITAHUAN KEPADA PENERIMA INFORMASI: Jika catatan ini mengandung informasi tentang HIV, STD, atau AIDS, Anda tidak dapat mengungkapkan lebih lanjut informasi tersebut tanpa izin khusus dari klien. Jika Anda telah menerima informasi yang terkait dengan penyalahgunaan obat-obatan atau alkohol oleh klien, Anda harus menyertakan pernyataan berikut ketika mengungkapkan informasi lebih lanjut

CONSENT

seperti yang disyaratkan oleh 42 CFR 2.32:

Informasi ini telah diungkapkan kepada Anda dari catatan yang dilindungi oleh peraturan kerahasiaan Federal ((42 CFR pasal 2). Peraturan Federal melarang Anda membuat pengungkapan informasi ini lebih lanjut kecuali pengungkapan lebih lanjut diizinkan melalui persetujuan tertulis dari orang yang memiliki informasinya atau sepanjang yang diizinkan oleh 42 CFR pasal 2. Pemberian izin umum dari pelepasan informasi kesehatan atau informasi lain TIDAK cukup untuk tujuan ini. Peraturan federal melarang penggunaan informasi untuk menyelidiki kesehatan atau menuntut pasien yang menyalahgunakan alkohol atau obat-obatan.