

# رضایت‌نامه Consent

**اطلاعیه برای مشتریان:** وزارت خدمات اجتماعی و سلامت (DSHS) در صورت قادر بودن به همکاری با سایر آژانس‌ها و متخصصانی که شما و خانواده شما را می‌شناسند، بهتر می‌تواند به شما کمک کند. با امضای این فرم، شما به DSHS و آژانس‌ها و اشخاص فهرست شده در زیر اجازه می‌دهید که از اطلاعات محرمانه شما استفاده کرده و آن‌ها را به اشتراک بگذارند. DSHS نمی‌تواند شما را در صورت عدم امضای این فرم از مزایا منع کند، مگر این که رضایت شما برای تشخیص صلاحیت شما مورد نیاز باشد. در صورت عدم امضای این فرم، DSHS همچنان می‌تواند اطلاعاتی درباره شما را در حد اجازه داده شده توسط قانون به اشتراک بگذارد. اگر درباره چگونگی به اشتراکی اطلاعات محرمانه مشتریان یا حقوق شخصی خود سؤالی دارید، لطفاً به اطلاعیه رویه‌های شخصی DSHS مراجعه کرده یا از شخصی که این فرم را به شما داده سؤال کنید.

<b>مشخصات مشتری:</b>		
نام	تاریخ تولد	شماره شناسایی
آدرس خیابان	شهر	ایالت کد پستی
شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)		سایر اطلاعات

**رضایت‌نامه:**

من رضایت می‌دهم که از اطلاعات محرمانه درباره من در DSHS برای اجرا، ارائه و هماهنگی خدمات، درمان، پرداخت‌ها و مزایا برای من یا برای هر هدف دیگری که قانون اجازه داده باشد استفاده شود. علاوه بر این، من به DSHS و آژانس‌ها، ارائه دهندگان یا اشخاص فهرست شده در زیر اجازه می‌دهم که از اطلاعات محرمانه من استفاده کرده و آن را جهت این اهداف برای یکدیگر افشا نمایند. اطلاعات را می‌توان به صورت شفاهی یا از طریق انتقال کامپیوتری داده، نام‌گذاری یا تحویل حضوری به اشتراک گذاشت.

لطفاً تمام آن‌هایی که علاوه بر DSHS در این رضایت‌نامه دخیل هستند را در زیر علامت زده و نام و نشانی هر یک را مشخص نمایید:

ارائه دهندگان خدمات درمانی: \_\_\_\_\_

ارائه دهندگان خدمات سلامت روان: \_\_\_\_\_

ارائه دهندگان خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد: \_\_\_\_\_

سایر ارائه دهندگان قراردادی DSHS: \_\_\_\_\_

برنامه‌های اسکان: \_\_\_\_\_

بخش‌های آموزش و پرورش یا کالج‌ها: \_\_\_\_\_

وزارت اصلاحات: \_\_\_\_\_

وزارت امنیت شغلی و شرکای استخدامی آن: \_\_\_\_\_

اداره امنیت اجتماعی یا سایر آژانس‌های فدرال: \_\_\_\_\_

فهرست ضمیمه را نگاه ببیند

سایر: \_\_\_\_\_

من اجازه و رضایت می‌دهم که سوابق و اطلاعات زیر به اشتراک گذاشته شوند (هر کدام که شامل می‌شود را علامت بزنید):

تمام سوابق مشتری من  سوابق مندرج در فهرست ضمیمه شده

صرفاً سوابق زیر

تاریخچه خانوادگی، اجتماعی و استخدامی  اطلاعات درمانی

سوابق پرداخت  ارزیابی‌های شخصی

سایر (فهرست کنید): \_\_\_\_\_

طرح‌های درمانی یا مراقبتی  مدرسه، تحصیلات و آموزش

لطفاً توجه داشته باشید: اگر سوابق مشتری شما شامل هر یک از اطلاعات زیر است، باید این قسمت را نیز جهت لحاظ کردن این سوابق تکمیل کنید.

من اجازه می‌دهم که سوابق زیر افشا شوند (هر کدام که شامل می‌شود را علامت بزنید):

سلامت روان  نتایج، تشخیص‌ها یا درمان‌های HIV/AIDS و آزمون بیماری مقاربتی  اختلال مصرف مواد

- این رضایت‌نامه به مدت  یک سال  مادامی که DSHS به سوابق نیاز داشته باشد یا  تا تاریخ \_\_\_\_\_ (تاریخ یا رویداد) معتبر است.

- من می‌توانم این رضایت‌نامه را هر زمان که بخواهم به صورت کتبی لغو کرده یا پس بگیرم، اما این کار تأثیری بر روی اطلاعاتی که فی‌الواقع به اشتراک گذاشته شده‌اند نخواهد داشت.

- من متوجه هستم که سوابق به اشتراک گذاشته شده تحت این رضایت‌نامه ممکن است دیگر تحت حمایت قوانین مربوط به DSHS نباشند.

- رونوشت از این فرم جهت دادن اجازه توسط من برای به اشتراک گذاری سوابق معتبر است.

امضا	تاریخ	امضای نماینده/شاهد آژانس	تاریخ
امضای شریک یا هر نماینده دیگری (در صورت وجود)		شماره تلفن (به همراه کد ناحیه)	تاریخ

در صورت عدم تعلق سوابق به اینجانب، اجازه دارم که فرم را امضا کنم چرا که من: (گواهی سندیت)

ولی  سرپرست قانونی (حکم دادگاه ضمیمه شود)  نماینده شخصی  سایر: \_\_\_\_\_

اطلاعیه برای دریافت کنندگان اطلاعات: اگر این سوابق شامل اطلاعاتی درباره HIV، بیماری‌های مقاربتی یا AIDS است، این اطلاعات را دیگر نمی‌توانید بدون مجوز اختصاصی مشتری افشا نمایید. اگر اطلاعاتی درباره استفاده غیرقانونی از مواد مخدر یا الکل از سوی مشتری دریافت کردید، باید در صورت افشای بیشتر اطلاعات الزامی از سوی 42 CFR 2.32 عبارت زیر را اضافه کنید:

این اطلاعات از سوابق تحت حمایت قوانین محرمانگی فدرال افشا می‌شود (42 CFR بخش 2). قوانین فدرال شما را از هر گونه افشای بیشتر این اطلاعات منع می‌کنند، مگر این که افشای بیشتر مشخصاً در رضایت‌نامه کتبی شخص مذکور قید شده یا به نحوی دیگر مجوز آن در چارچوب 42 CFR بخش 2 داده شده باشد. مجوز کلی برای انتشار اطلاعات پزشکی یا سایر اطلاعات برای این هدف کافی نیست. قوانین فدرال هر گونه استفاده از این اطلاعات برای تحقیق یا تعقیب کیفری استفاده غیرقانونی بیمار از الکل یا مواد مخدر را منع می‌کنند.

## دستورالعمل‌های تکمیل فرم رضایت‌نامه

**هدف:** زمانی که به رضایت جهت استفاده از اطلاعات محرمانه برای مدتی طولانی درباره مشتری DSHS یا افشای این اطلاعات به سایر آژانس‌ها جهت هماهنگی خدمات یا برای درمان، پرداخت یا عملیات‌های آژانس یا برای سایر اهداف به رسمیت شناخته شده توسط قانون نیاز دارید، از این فرم استفاده کنید. مشتریان اشخاصی هستند که از سوی DSHS مزایا یا خدمات دریافت می‌کنند.

**استفاده:** این فرم را در صورت امکان به جهت سهولت در خوانش به صورت الکترونیکی پر نمایید، برای هر شخص من جمله کودکان باید یک فرم مجزا پر شود. «شما» در دستورالعمل‌ها به کارمند DSHS و «شما» در فرم به مشتری اشاره می‌کند. به اشتراک گذاری سوابق شامل استفاده و افشای اطلاعات محرمانه درباره مشتری است.

### بخش‌های فرم:

#### مشخصات:

- نام: بر روی هر فرم تنها نام یک مشتری را بنویسید. هر گونه نام پیشین که مشتری ممکن است به هنگام دریافت خدمات از آن استفاده کرده باشد را بنویسید.
- تاریخ تولد: جهت تمیز دادن مشتری از مشتریان با نام مشابه لازم است.
- شماره شناسایی: یک شماره شناسایی مشتری یا هر گونه شماره شناسایی دیگر نظیر شماره تأمین اجتماعی (الزامی نیست) جهت کمک به تشخیص سوابق و ردیابی تاریخچه و خدمات دریافتی ارائه دهید.
- نشانی و تلفن: اطلاعات بیشتر که به یافتن و تشخیص یا تماس با مشتری کمک می‌کنند.
- سایر: هر گونه اطلاعات بیشتر که ممکن است به یافتن سوابقی که ممکن است بخش‌هایی از DSHS با ارائه خدمات در آن دخیل بودن‌اند، نام اعضای خانواده یا سایر اطلاعات مرتبط کمک کند.

#### رضایت (اجازه دادن):

- آژانس‌ها یا اشخاص تبادل کننده سوابق: تکمیل این فرم توسط مشتری اجازه می‌دهد که از اطلاعات محرمانه در تمام DSHS استفاده شده و به اشتراک گذاشته شود. DSHS خواهد توانست فرم اطلاعات محرمانه را به آژانس‌ها و اشخاص خارجی فهرست شده افشا کرده و از آن‌ها دریافت کند. مشخصات شناسایی درباره آژانس‌ها یا ارائه دهنده‌ها، نظیر نام، نشانی یا مکان را در صورت امکان ارائه دهید. همچنین می‌توانید فهرستی از آژانس‌هایی که اجازه به اشتراک گذاری اطلاعاتی که مشتری هم باید امضایشان کند را ضمیمه کنید.
- اطلاعات جمع‌آوری شده: مشتریان باید مشخص کنند کدام سوابق تحت پوشش این رضایت‌نامه هستند. مشتریان می‌توانند تمام سوابق موجود را در دسترس قرار داده یا سوابق ارائه شده را بر حسب تاریخ، نوع یا منبع سوابق محدود کنند. در صورتی که مشتری رضایت‌نامه‌ای امضا نکند یا سوابق خاصی را مشخص نکند، به اشتراک گذاری آن سوابق در صورت وجود مجوز قانونی همچنان بلامانع است. می‌توانید فهرستی از سوابق تحت پوشش که مشتری هم باید امضایشان کند را ضمیمه کنید. اگر هر یک از سوابق مربوط به سلامت روان (RCW 71.05.620)، آزمون یا درمان HIV/AIDS یا بیماری مقاربتی (RCW 70.02.220) یا خدمات مواد مخدر و الکل (42 CFR 2.31(a)(5)) باشد، مشتری باید مشخصاً این ناحیه‌ها را جهت دادن اجازه به اشتراک گذاری علامت بزند. این فرم به موجب 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) جهت جمع‌آوری یادداشت‌های روان‌درمانی معتبر نیست و جهت جمع‌آوری این سوابق باید فرمی جداگانه تکمیل کرد.
- طول مدت: تاریخ انقضایی برای رضایت‌نامه لحاظ کنید که همسو با اهداف برنامه شما بوده یا توسط قانون ارائه شده باشد.
- درک و فهم: مطمئن شوید که مشتری می‌فهمد چه اجازه‌ای می‌دهد و اطلاعات چگونه و چرا به اشتراک گذاشته می‌شوند. در صورت نیاز، از یک فرم ترجمه شده و مترجم شفاهی استفاده کنید یا فرم را با صدای بلند بخوانید. اگر مشتری به اطلاعات بیشتری نیاز داشت، یک رونوشت اضافی از اطلاعاتی که اضافه شده و رویه‌های شخصی DSHS ارائه دهید یا مشتری را به یک مأمور افشای عمومی در بخش خود ارجاع دهید.

#### امضاها:

- مشتری: از مشتری یا کودک بزرگتر از سن قانونی رضایت دادن (13 برای خدمات سلامت روان، مواد مخدر و الکل؛ 14 برای HIV/AIDS و سایر بیماری‌های مقاربتی؛ هر سنی برای کنترل زاد و ولد و سقط جنین؛ 18 برای بهداشت و درمان و سایر سوابق) بخواهید که این کادر را امضا کرده و تاریخ امضا را بنویسد. مشتری می‌تواند علامتی که شما در این کادر می‌بینید را عوض کند.
- شاهد یا دفتردار: اگر این فرم را به صورت حضوری تحویل نمی‌دهید یا اگر برنامه‌ای به تاییدیه نیاز داشته باشد، وجود شاهد یا دفتردار ضروری است. این شخص باید نام خود را با حروف بزرگ نوشته و امضا کند.
- ولی یا هر نماینده دیگر: اگر مشتری یک کودک زیر سن قانونی امضا دادن است، ولی یا سرپرست هم بایستی امضا کنند. اگر کودک از سن لازم برای رضایت دادن نسبت به تمام سوابق به اشتراک گذاشته شده برخوردار نیست، هم کودک و هم ولی بایستی امضا کنند. اگر مشتری به طور قانونی فاقد صلاحیت تلقی شود، سرپرست تعیین شده توسط دادگاه باید نسخه‌ای از حکم تعیین را امضا کرده و ارائه دهد. اگر شخصی با اهلیتی دیگر امضا می‌کند (شامل شخصی با وکالت‌نامه یا نماینده ایالتی)، «سایر» را علامت زده و رونوشتی از مجوز قانونی اقدام را اخذ کنید. شخص امضا کننده باید تاریخ امضا را قید کرده و شماره تلفن یا اطلاعات تماس ارائه دهد.