Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Consimțământ
Consent

NOTIFICARE CĂTRE CLIENȚI Departamentul de servicii sociale şi de sănătate (DSHS) vă poate acorda mai mult ajutor în cazul în care putem lucra cu alte agenții și profesioniști care vă cunosc pe dvs. și pe familia dvs. Prin semnarea acestui formular, permiteți DSHS, agențiilor și persoanelor fizice enumerate mai jos să utilizeze și să partajeze informațiile confidențiale referitoare la dvs. DSHS nu poate refuza să vă acorde beneficiile în cazul în care nu semnați acest formular, cu excepția cazului în care consimțământul dvs. este necesar în vederea stabilirii eligibilității. În cazul în care nu semnați acest formular, DSHS poate, totuși, să partajeze informațiile referitoare la dvs. în măsura permisă de lege. În cazul în care aveți întrebări cu privire la modul în care DSHS partajează informațiile confidențiale referitoare la clienți sau cu privire la drepturile dvs. la respectarea vieții private, vă rugăm să consultați Informarea DSHS privind practicile referitoare la protecția vieții private sau să întrebați persoana care vă oferă acest formular.

IDENTIFICAREA CLIENTULUI:

NUME	DATA NAŞTERII	NUMĂRUL DE IDENTIFICARE

ADRESĂ	ORAŞUL	STATUL	CODUL POŞTAL

NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUSIV PREFIXUL)	ALTE INFORMAȚII

CONSIMȚĂMÂNT:

Îmi exprim consimțământul cu privire la utilizarea informațiilor confidențiale care mă privesc în cadrul DSHS, în vederea planificării, furnizării și coordonării serviciilor, tratamentului, plăților și beneficiilor acordate mie sau în alte scopuri autorizate de lege. Totodată, permit DSHS și agențiilor, furnizorilor sau persoanelor enumerate mai jos să utilizeze informațiile confidențiale care mă privesc și să le divulge reciproc în aceste scopuri. Informațiile pot fi partajate verbal sau prin transfer informatic de date, prin poștă sau prin livrare personală.

Vă rugăm să bifați toate entitățile de mai jos incluse în acest formular de consimțământ pe lângă DSHS și să le identificați prin nume și adresă:

- ☐ Furnizori de servicii de sănătate: _____
- ☐ Furnizori de servicii de sănătate mentală: _____
- ☐ Furnizori de servicii privind tulburările legate de consumul de substanțe: _____
- ☐ Alți furnizori pe bază de contract ai DSHS: _____
- ☐ Programe privind locuințele: _____
- ☐ Districte școlare sau colegii: _____
- ☐ Departamentul de corecții: _____
- ☐ Departamentul pentru siguranța la locul de muncă și partenerii săi privind ocuparea forței de muncă: _____
- ☐ Administrația Asigurărilor Sociale sau altă agenție federală: _____
- ☐ Consultați lista anexată
- ☐ Altele:

Autorizez și îmi exprim consimțământul cu privire la partajarea următoarelor înregistrări și informații (bifați-le pe toate cele care se aplică):

☐ Toate înregistrările mele de client ☐ Înregistrări în lista anexată

☐ Doar înregistrările următoare

- ☐ Istoricul familial, social și al locurilor de muncă
- ☐ Informații privind asistența medicală
- ☐ Planuri de tratament sau îngrijire
- ☐ Evidențe privind plățile
- ☐ Evaluări individuale
- ☐ Școală, educație și formare
- ☐ Altele (indicați):

ATENȚIE: In cazul în care înregistrările dvs. de client includ oricare dintre următoarele informații, trebuie să completați această secțiune, pentru a include aceste înregistrări.

Permit publicarea următoarelor înregistrări (bifați-le pe toate cele care se aplică):

☐ Sănătate mentală ☐ Rezultate teste, diagnostic și tratament HIV/SIDA și BTS (boli cu transmitere sexuală) ☐ Tulburări legate de consumul de substanțe

- **Acest consimțământ este valabil o perioadă de ☐ un an ☐ atât timp cât DSHS are nevoie de înregistrări, sau ☐ până la data de _____ (data sau evenimentul).**
- **Pot revoca sau retrage acest consimțământ în orice moment, în scris, dar aceasta nu va aduce atingere niciunei informații partajate deja.**
- **Înțeleg că înregistrările partajate în temeiul acestui consimțământ nu mai pot fi protejate în temeiul legilor care se aplică DSHS.**
- **Un exemplar al acestui formular este valabil pentru a-mi da permisiunea să se partajeze înregistrările.**

SEMNĂTURA	DATA	MARTOR/NOTAR (SEMNĂTURA ȘI NUMELE CU MAJUSCULE, DACĂ ESTE CAZUL)	DATA

SEMNĂTURA PĂRINTELUI SAU A ALTUI REPREZENTANT (DACĂ ESTE CAZUL)	NUMĂRUL DE TELEFON (INCLUSIV PREFIXUL)	DATA

În cazul în care nu fac obiectul înregistrărilor, sunt autorizat să semnez deoarece sunt: (anexați dovada autorizării)

☐ Părinte ☐ Tutore legal (anexați decizia instanței) ☐ Reprezentant personal ☐ Altele:

NOTIFICARE CĂTRE DESTINATARII INFORMAȚIILOR: **În cazul în care aceste înregistrări conțin informații cu privire la HIV, BTS (boli cu transmitere sexuală), sau SIDA, nu puteți divulga acele informații fără permisiunea expresă a clientului.** În cazul ați primit informații referitoare la **abuzul de droguri sau de alcool** de către client, trebuie să includeți următoarea declarație atunci când divulgați informații în conformitate cu 42 CFR 2.32:

Aceste informații v-au fost divulgate din înregistrări protejate de normele federale privind confidențialitatea (42 CFR partea 2). Normele federale vă interzic să divulgați în continuare aceste informații, cu excepția cazului în care divulgarea ulterioară este permisă în mod expres prin consimțământul scris al persoanei la care se referă sau în alt mod permis de 42 CFR partea 2. O autorizare generală privind difuzarea de informații medicale???? sau a altor informații NU este suficientă în acest sens. Normele federale restricționează orice utilizare a informațiilor în vederea cercetării sau urmăririi penale a oricărui pacient care a abuzat de droguri sau de alcool.

INSTRUCȚIUNI PRIVIND COMPLETAREA FORMULARULUI DE CONSIMȚĂMÂNT

Scop: Utilizați acest formular în cazul în care aveți nevoie de consimțământ în vederea utilizării informațiilor confidențiale referitoare la un client, în mod continuu, în cadrul DSHS sau pentru a divulga acele informații altor agenții în vederea coordonării serviciilor sau pentru operațiuni de tratament, plată sau agenție sau pentru alte scopuri recunoscute de lege. Clienții sunt persoanele care primesc beneficii sau servicii de la DSHS.

Utilizare: Completați acest formular pe cale electronică, dacă este posibil, pentru facilitarea citirii, **Un formular trebuie să fie completat pentru fiecare persoană, inclusiv copii.** ”Dvs.” din cadrul instrucțiunilor se referă la angajatul DSHS, iar ”dvs.” din cadrul formularului se referă la client. Partajarea înregistrărilor include utilizarea și divulgarea informațiilor confidențiale referitoare la un client.

Părțile formularului:

IDENTIFICARE:

- Nume: Precizați numele unui client pe fiecare formular. Includeți orice nume anterioare pe care clientul le-ar fi utilizat la momentul primirii serviciilor.
- Data nașterii: Necesară pentru identificarea clientului în cazul în care există persoane cu nume similare.
- Numărul de identificare: Furnizați un număr de identificare a clientului sau alt identificator, cum ar fi numărul de securitate socială (nu este obligatoriu) pentru a ajuta la identificarea înregistrărilor și la urmărirea istoricului și a serviciilor primite.
- Adresa și numărul de telefon: Informații suplimentare care vor ajuta la localizarea și identificarea sau la contactarea clientului.
- Altele: Includeți în această casetă orice informații suplimentare care pot ajuta la localizarea înregistrărilor, care pot include părți ale DSHS implicate în servicii, nume ale membrilor familiei sau alte informații relevante.

CONSIMȚĂMÂNT (AUTORIZARE):

- Agenții sau persoane care fac schimb de înregistrări: Completarea de către client a acestui formular permite utilizarea și partajarea informațiilor confidențiale în cadrul întregului DSHS. DSHS va putea divulga și primi informații confidențiale din afara agențiilor sau persoanelor enumerate. Furnizați informații de identificare cu privire la agenții sau furnizori, inclusiv nume, adresă sau locație, dacă este posibil. De asemenea, puteți anexa o listă a agențiilor cărora le este permis să partajeze informații, pe care și clientul trebuie să o semneze.
- Informații incluse: Clientul trebuie să precizeze înregistrările care fac obiectul consimțământului. Clienții pot pune la dispoziție toate înregistrările sau pot limita înregistrările incluse în funcție de dată, tip sau sursă a înregistrării. În cazul în care un client nu semnează un formular de consimțământ sau nu specifică o anumită înregistrare, partajarea acelei înregistrări va fi, totuși, autorizată, dacă este permisă de lege. Puteți anexa o listă a înregistrărilor vizate, pe care și clientul trebuie să o semneze. În cazul în care orice înregistrări includ informații cu privire la sănătatea mentală (RCW 71.05.620), testarea sau tratamentul HIV/SIDA sau BTS (RCW 70.02.220) sau cu privire la serviciile legate de droguri sau alcool (42 CFR 2.31(a)(5)), clientul trebuie să bifeze acele domenii în mod expres, pentru a permite partajarea acestor înregistrări. Acest formular nu este valabil pentru includerea notelor de psihoterapie în temeiul 45 CFR 164.508(b)(3)(ii), un formular separat trebuie să fie completat pentru a include acele înregistrări.
- Durata: Includeți o dată de expirare a consimțământului care servește scopurilor programului dvs. sau conform legii.
- Înțelegere: Fiți sigur că clientul înțelege ce permisiune acordă și modul și motivul pentru care informațiile vor fi partajate. Dacă este necesar, utilizați un formular tradus și un interpret sau citiți formularul cu voce tare. În cazul în care clientul are nevoie de mai multe informații, utilizați un exemplar suplimentar al Informării DSHS privind practicile referitoare la protecția vieții private sau îndrumați clientul către responsabilul cu divulgarea către public din cadrul unității dvs.

SEMNĂTURI:

- Client: Solicitați clientului sau copilului care a atins vârsta consimțământului (13 în cazul serviciilor privind sănătatea mentală și alcoolul și drogurile; 14 în cazul HIV/SIDA și al altor BTS; orice vârstă în cazul controlului nașterilor și pentru avorturi; 18 în cazul asistenței medicale și al altor înregistrări) să semneze această casetă și introduceți data semnăturii. Clientul poate înlocui o bifă în această casetă pe care o atestați.
- Martor sau Notar: Un martor sau un notar poate fi necesar pentru a vă verifica identitatea, în cazul în care nu depuneți personal acest formular sau în cazul în care un program presupune verificarea. Această persoană trebuie să semneze și să-și scrie numele cu majuscule.
- Părinte sau alt reprezentant: În cazul în care clientul este un copil care nu a împlinit vârsta consimțământului, trebuie să semneze un părinte sau un tutore. În cazul în care copilul nu a împlinit vârsta consimțământului în vederea partajării tuturor înregistrărilor, trebuie să semneze atât copilul, cât și părintele. În cazul în care clientul a fost declarat lipsit de capacitate juridică, tutorele numit de instanță trebuie să semneze și să furnizeze o copie a deciziei de numire. În cazul în care cineva semnează în altă calitate (inclusiv o persoană cu procură sau un administrator), bifați „altele” și obțineți o copie a autorității legale de a acționa. Persoana care semnează trebuie să dateze semnătura și să ofere un număr de telefon sau informații de contact.