

健康之家 — 青少年信息分享同意书

Health Home — Adolescent Information-Sharing Consent

您已注册健康之家。您的医疗保健服务提供者及参与您保健事宜的其他人员需要就您的医疗需求和保健事宜相互交谈。有时候，您的健康记录可能会包括以下信息：

- 计划生育服务，例如避孕和流产
- HIV/艾滋病
- 性传播疾病（经由性行为传播的疾病）
- 心理健康药物治疗和服务
- 药物依赖症治疗服务

鉴于此类健康信息的私密性，医疗保健提供者和其他持有您健康信息的人员不得将此信息分享给其他人，除非经过您同意或法律允许。如果您的健康信息已经存入电脑系统或以书面方式存档，上述规定则适用。

签署此同意书即表示本人同意允许表格中注明的相关人员查看您本人的私人保密医疗信息并可以向其他人咨询，以帮助本人管理医疗保健。这些健康信息可能来自您签署此表格日期之前或之后的记录。您的健康记录可能涉及您以前的患病或受伤情况或者您以前可能发生过的患病或受伤情况；测试结果，例如 X 光透视或验血等；以及您目前服用或以前曾服用过的药物。

如果您年满 13 岁且之前曾被转诊至健康之家，无论此类型健康信息是否适用于您，都将要求您签署此表格。即使您不签署这份表格，仍可获得健康之家服务。

适用于这些健康记录的法律包括：

- 性传播疾病：华盛顿州修订法规 (RCW) 70.24.105
- 心理健康记录：华盛顿州修订法规 (RCW) 71.05.620
- 药物依赖症：第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部分

本人同意允许健康之家接收我的健康信息，并与医疗保健提供者及本表格中列出的其他人员分享，此类信息适用于：

- 我的所有个案当事人记录，包括生殖健康（即，避孕、妊娠、流产）；HIV/艾滋病和性传播疾病 (STD) 测试结果、诊断或治疗；心理健康；和药物依赖症。

或者

仅限以下记录（请勾选所有适用项）：

- HIV/艾滋病和 STD 测试结果、诊断或治疗记录
- 生殖健康
- 心理健康
- 药物依赖症
- 其它（请列明）： _____

本人还同意在医疗保健提供者与列入此表格的其他人员之间相互分享我的健康信息，但不得与未列入此表格的任何人分享此类情况。若本人改变主意并想撤销此项同意，我可以随时更新此表格第 2 页并提交给健康之家护理协调员。已经透露的任何情况将不会因此而受影响。姓名首写字母：

上述特定情况将持续至，除非本人之前已撤销这些情况：

- 本人不再参与健康之家。
- 或者直到 _____ （输入到期日期）。

个案当事人姓名（请工整填写）	个案当事人出生日期
个案当事人或法律代表签名	日期
法律代表姓名（请工整填写）	法律代表与个案当事人的关系

如果您认为某人曾使用您的信息，而您不同意向其透露这些信息，则可致电您的护理协调员或 Medicaid 医疗辅助方案协助计划客户服务中心 (MACSC)，免费电话专线号码是 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429)。

个案当事人姓名（请工整填写）

医疗保健提供者和其他参与者姓名列表	个案当事人同意		个案当事人撤销同意	
	日期	个案当事人的姓名首写字母	日期	个案当事人的姓名首写字母
儿童事务管理局社会工作人员				
亲生父母、领养父母、寄养父母				
主要医疗保健服务提供者				
统一管理医疗保健组织				
过去的统一管理医疗保健组织				
健康之家护理协调员/负责人				
过去的健康之家护理协调员/负责人				
部落社会工作者/主管				
家庭计划生育服务提供者				
药物依赖症提供者				
心理健康服务提供者				
其他保健提供者				

请注意：禁止保密酒瘾或毒瘾治疗信息的再披露

本条注意事项附带关于个案当事人在酒瘾/毒瘾治疗方面的信息披露，并且经此类个案当事人的同意提供给您。向您披露的此信息取自受联邦情况保密规章，第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部分，保护之记录资料。联邦规章禁止您进一步披露此信息，除非对此情况的进一步披露已获得该情况所涉及人士的明确书面同意，或者属于第 42 条 CFR 第 2 部分所许可的内容。对医疗信息或其它信息披露的一般授权不足以用于此目的。联邦规章禁止将此情况用于对任何酗酒或吸毒患者之犯罪调查或起诉。