ヘルスケア情報の開示/獲得権限

AUTHORIZATION TO RELEASE/OBTAIN HEALTH CARE INFORMATION

クライアント氏名	ケース番号	担当事務所

定義

Home and Community Services (HCS)（ホーム＆コミュニティサービス）は（Department of Social and Health Services）、Aging and Adult Services Administrationの一部門です。

Aging Network （エージング・ネットワーク）はArea Agencies on Aging とその下請契約者から構成されています。

Health Care Information （ヘルスケア情報）はRCW 70.02 に定義されている情報（医療評価、処置記録、診察、進捗報告を含むがそれに限定されない）を指し、RCW 71.05に基づく精神衛生情報、RCW 70.24に基づくHIVまたは性（行為）感染症（STD）情報、およびRCW 70.96A.150 と 42 CFR パート 2に基づいた薬物あるいはアルコール乱用治療の情報を含みます。

Social Information （社会的情報）とは、職歴や抵当契約、暮らし向き、財政情報、その他資格の有無の判断やサービス立案を助ける、医療情報を除いたコミュニティや人間関係に関する情報を意味します。

セクション1（クライアントが頭文字で署名のこと）

私は、HCSまたはAging Networkを通じて利用できるサービスを受ける資格を決定または維持するために、以下の情報が必要であることを理解します。

私は、私を担当するHCSまたはAging Network 代理人が**他のDSHS機関および以下のヘルスケア供給者に/から、ヘルスケアまたは社会的情報を発表/獲得する権限を委ねます。** _____ クライアント頭文字署名

氏名	職名	電話	該当するものすべてにチェック
機関	住所		☐ 精神衛生 ☐ ヘルスケア ☐ HIV/AIDS/STD ☐ 薬物/アルコール ☐ ソーシャル
氏名	職名	電話	☐ 精神衛生 ☐ ヘルスケア ☐ HIV/AIDS/STD ☐ 薬物/アルコール ☐ ソーシャル
機関	住所		
氏名	職名	電話	☐ 精神衛生 ☐ ヘルスケア ☐ HIV/AIDS/STD ☐ 薬物/アルコール ☐ ソーシャル
機関	住所		
氏名	職名	電話	☐ 精神衛生 ☐ ヘルスケア ☐ HIV/AIDS/STD ☐ 薬物/アルコール ☐ ソーシャル
機関	住所		
氏名	職名	電話	☐ 精神衛生 ☐ ヘルスケア ☐ HIV/AIDS/STD ☐ 薬物/アルコール ☐ ソーシャル
機関	住所		

早めに取り消されない限り、この開示は本用紙(RCW 70.02.030(6))のセクション4に**署名した日から1年で満了となります。**

セクション2（該当する場合はクライアントが頭文字で署名）

私は、適切なサービス計画が私の退院の下に開発されるよう、HCSまたはAging Networkの代理人が私の看護施設ケア会議に出席することを認めます。また、私は、HCSまたはAging Network の代理人に私のMedicaidへの資格を判定するために必要な私の財務情報を看護施設から収集する権限を委ねます。 _____ クライアント頭文字署名

セクション3（クライアントが頭文字で署名のこと）

私は、HCSまたはAging Network 代理人が、私にサービスを提供するとのDSHS/AAAとの契約の下に、個人的プロバイダ、機関プロバイダ、成人家族ホームプロバイダ、寄宿ホームプロバイダまたは養護施設に以下のヘルスケア情報を開示する権限を認めます。

_____ クライアント頭文字

_____ ヘルスケア情報　　_____ 精神衛生情報　　_____ 社会的情報

_____ HIV/AIDS/STD 情報　　_____ 薬物/アルコール情報

セクション4（クライアントまたはその代理人により署名）

クライアント署名		日付
クライアント代理人の署名	日付	クライアントとの関係
HCS/AAA NETWORK 代理人の署名	日付	電話番号
HCS/AAA NETWORK代理人の住所		

セクション5 - 開示情報の受取人のために

薬物およびアルコール乱用治療情報：

この情報は連邦機密規約(42 CFR パート 2)によって保護されている記録からあなたに開示されました。さらなる開示が42 CFR Part 2で明確に許可されない限り、この情報をさらに開示することは連邦規約によって禁じられています。医療または他の情報の開示に対する一般的権限はこの目的においては不十分です。連邦規約は、アルコールまたは薬物乱用患者に対する刑法上の調査や告訴のためにどのような情報も使用することを規制しています。

HIV/AIDSおよび性（行為）感染症に関する医療情報：

この情報は法律により機密性が保護されている記録からあなたに開示されたものです。州法はあなたが関係する個人からの文書による具体的な同意なく、もしくは州法により許可されていない限りにおいて、さらに他に開示することを禁じています。医療または他の情報の開示に対する一般的権限はこの目的においては不十分です。

セクション6 - 無効

この同意は、開示されるプログラムがそれに基づいて既に行動を取ったものを除いて、いかなる時点でも取り消されるものとします。それ以前に取り消されていない場合は、この同意は上記の私の署名から1年で満期終了します。この認証の下に開示されることのできるヘルスケア情報は、この認証の日付時点で存在する情報に限定され、その日以後1年間有効です。

_____ **は下記の日付をもって本情報の開示の無効を希望します。**
クライアント氏名

クライアント署名		日付
クライアントの代理人署名	日付	クライアントとの関係
HCS/AAA NETWORK 代理人の署名	日付	電話番号

早めに取り消されない限り、この開示は本用紙(RCW 70.02.030(6))のセクション4に**署名した日から1年で満了となります。**

INSTRUCTIONS

Client Name and Case Number: Write the client's name and case number in the appropriate boxes.

Local Office: Write in the office reporting unit number in the appropriate box.

Definitions: Review the definitions with the client for understanding.

Section 1:

- Review the language with the client.
- Write in the name of the person(s) information is to be released to or obtained from.
- Check off the type of information to be released or obtained.
- Have the client place his/her initials on the line provided to indicate understanding of what information is to be released/ obtained and from whom.

Section 2:

- Review and have the client initial this statement when a nursing facility requests a release of information for staff to:
  1. Attend a care conference;
  2. Gather financial information.

Section 3:

- Review and have the client initial this statement to indicate understanding that the information that he/she initials will be released to providers for services.
- Have the client initial the specific information to be released.

Section 4:

- Have the client or client representative sign (or mark) and date the form in the appropriate boxes.
- State the relationship the client representative or the witness is to the client.
- As the social worker or case manager, sign and date the form.
- Enter your address and telephone number in the appropriate boxes.

Section 5:

- Explain to the client that the form can be revoked at any time.
- If the client wishes to revoke a Release/Obtain Information form, review the language with the client.
- Print the client's name where it says, "I, _____ want to revoke this release of information as of the date below."
- Have the client sign and date the form in the appropriate boxes.
- State the relationship the client representative or the witness is to the client.