แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133[1] (เวอร์ชัน 2.0)

“แบบฟอร์ม ASCMI: Non-AB 133” สามารถใช้เพื่ออนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลสำหรับบุคคลที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนียซึ่งคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ในการใช้แบบฟอร์ม ASCMI ดังต่อไปนี้ AB 133 ซึ่งรวมถึงบุคคลทั้งหมดที่

1. ไม่ได้ลงทะเบียนในแผนการดูแลสุขภาพภายใต้การจัดการของ Medi-Cal
2. ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพพฤติกรรมภายใต้ Medi-Cal
3. ไม่มีกระทำความผิดในคดีตามระบบกฎหมายอาญาที่เข้าเงื่อนไขรับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ก่อนการอนุมัติ

_____ ต้องการช่วยเหลือในการประสานงานด้านสุขภาพและบริการสังคมของคุณเพื่อให้คุณมีชีวิตที่สุขภาพดีขึ้นได้ ผู้ดูแลของคุณอาจขอให้คุณลงนามในแบบฟอร์มเมื่อพวกเขาต้องการความยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลกับบุคคลอื่น หรือองค์กรที่ท่านได้รับการดูแลหรือบริการ แบบฟอร์มนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่ออนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลของคุณโดยทั่วไปเมื่อไม่จำเป็นสำหรับการประสานงานการดูแลของคุณ โปรดดูด้านล่างเพื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการแบ่งปันข้อมูลและผู้ที่สามารถแบ่งปันและรับข้อมูลของคุณได้

แบบฟอร์ม ASCMI นี้จะ

- อธิบายว่าข้อมูลใดเกี่ยวกับคุณที่อาจถูกแบ่งปันเพื่อช่วยประสานงานการดูแลของคุณ
- อธิบายว่าข้อมูลของคุณอาจถูกแบ่งปันและใช้ได้อย่างไร
- ขออนุญาตจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลบางประเภทของคุณ ประเภทของข้อมูลมีระบุไว้ในส่วนที่ 1.3 ของแบบฟอร์ม ASCMI

[1] AB 133 อ้างอิง California Assembly Bill 133

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อลูกค้า: _____วันเดือนปีเกิด (ดด/วว/ปปปป)_____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์ [2]:_____

ที่อยู่อาศัยเลขที่ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์ (สามารถเลือกตอบได้): _____

หมายเลขโทรศัพท์ (สามารถเลือกตอบได้): _____

ที่อยู่อีเมล (สามารถเลือกตอบได้):_____

คุณอนุญาตให้ผู้ดูแลของคุณติดต่อคุณผ่านข้อความสั้นหรือทางโทรศัพท์หรือไม่ ผู้ดูแลของคุณอาจติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือกความยินยอมของคุณ และเพื่อแจ้งให้คุณทราบว่าความยินยอมของคุณหมดอายุแล้วหรือไม่ [3] โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่คุณเลือกด้านล่าง:

ใช่ (ต้องระบุหมายเลขโทรศัพท์ด้านบน)

ข้อความสั้นและทางโทรศัพท์ ข้อความสั้นเท่านั้น ทางโทรศัพท์เท่านั้น

ไม่ใช่

ข้อมูลผู้ดูแล

ควรดำเนินการนี้โดยให้ผู้ดูแลร่วมดำเนินการตามที่ได้รับความยินยอมจากลูกค้าข้างต้นเพื่อเปิดเผยข้อมูลของตน

ชื่อผู้ดูแล: _____

ชื่อองค์กร:_____

หมายเลขประจำตัวผู้ให้บริการระดับชาติ (NPI) (ตามที่เกี่ยวข้อง): _____

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN): _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____ หมายเลขโทรสาร (สามารถเลือกตอบได้):_____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์:_____

[2] อาจเป็นที่อยู่ใดก็ได้ที่คุณสามารถรับจดหมายได้ รวมถึงที่อยู่ของเพื่อน สถานสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัว

[3] อาจส่งผลให้มีการเรียกเก็บเงินค่าใช้บริการโทรศัพท์มือถือของคุณ

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ส่วนที่ 1: ภาพรวมของการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ

1.1 วัตถุประสงค์ในการแบ่งปันข้อมูล

อาจมีการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของคุณที่ระบุไว้ในส่วนที่ 1.3 ด้านล่างนี้ด้วยเหตุผลหลายประการ รวมทั้ง

- การประสานงานการดูแลของคุณ ตัวอย่างเช่น ช่วยคุณทำการนัดหมาย ช่วยคุณร้องขอการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย หรือช่วยคุณค้นหาผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด
- ให้บริการทางการแพทย์ ทันตกรรม สุขภาพจิต และการบำบัดอาการติดสารเสพติดแก่คุณ
- การรับเงินจากบริษัทประกันสุขภาพของคุณสำหรับการรักษาและบริการที่มอบให้กับคุณ
- เชื่อมต่อคุณกับโปรแกรม บริการ และทรัพยากรต่าง ๆ ที่สามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพและสุขภาวะของคุณ
- การรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ _____ สามารถช่วยปรับปรุงการดูแลที่คุณได้รับได้

1.2 บุคคลใดที่สามารถแบ่งปันและรับข้อมูลของคุณได้

พันธมิตรด้านการดูแลอาจแบ่งปันข้อมูลของคุณ ผู้ดูแลคือผู้ให้บริการและองค์กรที่คุณเคยพบมาก่อน กำลังพบอยู่ หรืออาจพบในอนาคต พันธมิตรที่ให้การดูแลเหล่านี้อาจรวมถึง:

- ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงผู้ให้แพทย์ปฐมภูมิที่ให้การดูแล และผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
- ผู้ให้บริการด้านการติดสารเสพติด เช่น โปรแกรมการบำบัดการติดฝิ่น และโปรแกรมการบำบัดคนไข้ในของสถานพยาบาล
- องค์กรในชุมชนและผู้ให้บริการด้านคนไร้บ้าน
- แผนประกันสุขภาพ รวมถึงแผนการดูแลสุขภาพของ Medi-Cal และแผนสุขภาพจิต
- หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการมนุษย์ของเคาน์ตี้
- องค์กรข้อมูลสุขภาพที่มีคุณสมบัติ
- หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการมนุษย์ของรัฐ

1.3 ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลประเภทใดบ้างที่ต้องได้รับความยินยอมจากคุณในการแบ่งปัน?

มีข้อมูลบางประเภทที่คุณสามารถเลือกที่จะแบ่งปันหรือเลือกที่จะไม่แบ่งปันดังต่อไปนี้

- ข้อมูลการความผิกปกติในการใช้สารเสพติดที่ได้รับความคุ้มครองโดย 42 CFR ส่วนที่ 2
- ข้อมูลสุขภาพจิตบางอย่าง
- ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการ
- ผลการตรวจเลือดเอชไอวี
- ผลการตรวจทางพันธุศาสตร์

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

» ข้อมูลที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนของคุณ

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลแต่ละประเภทที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถดูได้ในส่วนที่ 2.1 ของแบบฟอร์มนี้ คุณสามารถเลือกได้ว่าจะยินยอมให้แบ่งปันข้อมูลประเภทนี้หรือไม่ เมื่อคุณให้ความยินยอมนั่นหมายความว่าคุณกำลังอนุญาตให้มีการแบ่งปันข้อมูลนี้

ผู้ดูแลบางรายของคุณสามารถใช้และแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสังคมบางส่วนของคุณได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อ:

» ให้การบำบัดรักษาแก่คุณ

» ได้รับเงินค่าบริการ

» ดำเนินการองค์กรของตนและประสานงานการดูแลของคุณ

ข้อมูลประเภทใดบ้างที่อาจถูกแบ่งปัน โดยไม่ต้องได้ รับคำยินยอมจากคุณ

» ข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพจิต (ดูข้อยกเว้นด้านล่าง)

» ข้อมูลความผิกปกติในการใช้สารเสพติดที่ ไม่ได้ รับความคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง 42 CFR ส่วนที่ 2

» ข้อมูลประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 2: คำขออนุญาตจากคุณ

2.1 การอนุญาตพิเศษ

มีการขออนุญาตพิเศษจากคุณ 6 ประการดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความผิกปกติในการใช้สารเสพติด
2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย
3. ข้อมูลด้านสุขภาพจิต
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการ
5. ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
6. ผลการตรวจทางพันธุกรรม

เลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” สำหรับการอนุญาตพิเศษแต่ละรายการ

การเลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” เป็นตัวเลือกของคุณแม้ว่าคุณจะเลือกคำตอบ “ไม่ใช่” ในแบบฟอร์ม แต่จะไม่เป็นการเปลี่ยนแปลงสิทธิของคุณในการได้รับสิทธิประโยชน์หรือความสามารถในการรับการดูแลสุขภาพหรือบริการ

» หากคุณเลือกคำตอบ **“ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า”** ในแบบฟอร์ม ผู้ดูแลของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลที่คุณเลือกตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า”

  ○ หากคุณเลือกที่จะไม่ลงนามในแบบฟอร์ม ผู้ดูแลของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลที่อธิบายไว้ในส่วนนี้

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

» หากคุณเลือกคำตอบ **"ใช่"** ในแบบฟอร์ม ผู้ดูแลของคุณจะสามารถแบ่งปันข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณ ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาประสานงานการดูแลคุณได้ แบบฟอร์มนี้จะช่วยให้พวกเขาเชื่อมต่อคุณกับบริการอื่น ๆ ได้ง่ายยิ่งขึ้นเช่นกัน

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สารเสพติด

» ข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง 42 CFR ส่วนที่ 2 ซึ่งมักเรียกกันว่า "ส่วนที่ 2" ผู้ดูแลของคุณที่รักษาความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณสามารถแจ้งให้คุณทราบว่าข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณได้รับการคุ้มครองโดย 42 CFR ส่วนที่ 2 หรือไม่

» คุณสามารถให้คำยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลการวินิจฉัยหรือการรักษาความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในภาคที่ 2 เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถบำบัดรักษาคุณได้รับการชำระเงินสำหรับบริการ ดำเนินงานองค์กรของตน และประสานงานการดูแลของคุณ

» เมื่อคุณให้อนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลการใช้สารเสพติดส่วนที่ 2 ของคุณกับ Medi-Cal แผนสุขภาพของคุณ หรือผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ พวกเขาได้รับอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลดังกล่าวกับพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันกับที่ระบุไว้ในหัวข้อข้างต้น ผู้ดูแลของคุณสามารถแบ่งปันข้อมูลของคุณโดยไม่ได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐ ผู้ดูแลของคุณไม่สามารถแบ่งปันข้อมูลนี้เพื่อการดำเนินคดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง และทางนิติบัญญัติกับคุณได้

» เมื่อข้อมูลการใช้สารเสพติดในส่วนที่ 2 ของคุณถูกนำไปใช้หรือแบ่งปันแล้ว ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ได้รับความคุ้มครองโดยส่วนที่ 2 อีกต่อไป หรืออาจไม่ได้รับความคุ้มครองในลักษณะเดียวกับที่เคยเป็นก่อนที่จะถูกนำมาใช้หรือแบ่งปัน ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในส่วนที่ 2 ของคุณอาจได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมายอื่นที่คุ้มครองข้อมูลสุขภาพของคุณ

» คุณสามารถรับรายชื่อผู้ดูแลที่ผู้ให้บริการด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติดส่วนที่ 2 ได้แบ่งปันข้อมูลของคุณได้ โดยติดต่อผู้ให้บริการด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณ

<u>คำยินยอมของคุณ</u>: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการการบำบัดความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของข้าพเจ้า รวมถึงข้อมูลที่ได้รับความคุ้มครองโดยส่วนที่ 2

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย

หากคุณต้องการบริการที่พักอาศัย คุณอาจสามารถขอรับความช่วยเหลือผ่านองค์กร Coordinated Entry Coordinated Entry คือองค์กรในพื้นที่ที่ช่วยประสานงานบริการด้านที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้ที่จำเป็น องค์กรเหล่านี้อาจต้องได้รับอนุญาตจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยของคุณกับ Homeless Management Information Systems และพันธมิตรด้านการดูแลอื่น ๆ เช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณ ระบบเหล่านี้ใช้โดยองค์กรที่อยู่อาศัยเพื่อจัดหาและประสานงานบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่อยู่อาศัย

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการที่อยู่อาศัยในพื้นที่ของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนของข้าพเจ้ากับ Homeless Management Information Systems และพันธมิตรด้านการดูแลอื่น ๆ เช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

3. ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพจิตบางส่วนของคุณ ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตที่คุณอาจได้รับจากผู้ให้บริการในชุมชนของคุณ เช่น บันทึกการรักษา รายละเอียดการสั่งยา หรือการประเมิน อาจรวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตด้วยหากคุณได้รับการดูแลในโรงพยาบาลของรัฐหรือของเคาน์ตี้ หรือสถาบันจิตเวช หรือขณะที่ถูกจำคุก

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลสุขภาพจิตของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการ

- จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการของคุณ ภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่ส่งผลต่อการทำงานของสมองและร่างกายของบุคคลใดคนหนึ่ง โดยปกติจะเริ่มต้นก่อนอายุ 22 ปีและคงอยู่ตลอดชีวิต ความบกพร่องทางสติปัญญาอาจทำให้การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และงานประจำวันมีความท้าทายมากขึ้น ความพิการทางพัฒนาการเป็นกลุ่มที่กว้างกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถทางร่างกาย ความคิด ภาษา และพฤติกรรม ตัวอย่างของความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ ได้แก่ ภาวะออทิสติก ดาวน์ซินโดรม สมองพิการ และโรคลมบ้าหมู
- ผู้ที่มีความพิการเหล่านี้บางครั้งอาจต้องการการสนับสนุนในชีวิตมากขึ้น แต่สิ่งนั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลงคุณค่า ทักษะ หรือการมีส่วนสนับสนุนต่อชุมชนของบุคคลนั้นแต่อย่างใด ทุกคนมีความพิเศษเฉพาะตัวและมีทักษะและความจำเป็นที่แตกต่างกัน การแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการของคุณระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อาจช่วยให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนของคุณทุกคนเข้าใจมากขึ้นว่าจะช่วยเหลือคุณได้อย่างไร

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB ๑๓๓ (เวอร์ชัน ๒.๐)

5. ผลการตรวจเอชไอวี

จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันผลการทดสอบ HIV ที่คุณอาจได้รับกับผู้ดูแลรายอื่นที่ไม่ได้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้องกับ HIV แก่คุณโดยตรง

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันผลการทดสอบ HIV ของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

6. ผลการตรวจทางพันธุกรรม

แผนประกันสุขภาพของคุณ รวมถึง Medi-Cal จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันผลการทดสอบทางพันธุกรรมที่คุณอาจได้รับ ผลการทดสอบทางพันธุกรรมเป็นการทดสอบในห้องปฏิบัติการที่ใช้ระบุโรคทางพันธุกรรมหรือภาวะสุขภาพบางอย่างที่คุณอาจมี

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันผลการทดสอบทางพันธุกรรมของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

2.2 สิทธิต่าง ๆ ของคุณ

คุณมีสิทธิอะไรบ้าง

คุณมีสิทธิดังต่อไปนี้

- ลงนามในแบบฟอร์มนี้
- ไม่ลงนามแบบฟอร์มนี้
- ได้รับสำเนาแบบฟอร์มนี้
- เปลี่ยนใจและเพิกถอนคำยินยอม

หากคุณลงนามในแบบฟอร์มนี้ คุณสามารถเปลี่ยนใจภายหลังได้หรือไม่

ใช่ คุณมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจเกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูลของคุณ และคุณสามารถเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนคำยินยอมนี้ได้ตลอดเวลา หากต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนคำยินยอมของคุณ กรุณาปรึกษาผู้ดูแลของคุณ คุณสามารถกรอกแบบฟอร์ม ASCMI ใหม่โดยแก้ไขตามที่ต้องการได้

- การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่คุณต้องการทำจะเกิดขึ้นในวันที่คุณลงนามแบบฟอร์ม ASCMI ฉบับใหม่
- การขอเพิกถอนคำยินยอมของคุณจะไม่ส่งผลต่อข้อมูลที่ได้รับการแบ่งปันด้วยความยินยอมของคุณก่อนหน้านี้

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลสมาชิกที่เป็นความลับ (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

2.3 ลายเซ็นของคุณ

โดยการลงนามแบบฟอร์มนี้ คุณเข้าใจและตกลงเห็นชอบว่า:

- ผู้ดูแลของคุณซึ่งระบุไว้ในส่วนที่ 1.2 ของแบบฟอร์มนี้อาจใช้และแบ่งปันข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณเลือกไว้ข้างต้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่อธิบายไว้ในส่วนที่ 1.1 ของแบบฟอร์มนี้
- คุณเข้าใจเช่นกันว่าเมื่อข้อมูลของคุณได้รับการแบ่งปัน กฎหมายของรัฐบาลกลางหรือของรัฐอาจไม่คุ้มครองการข้อมูลดังกล่าวที่ทำการแบ่งปันซ้ำอีก

ความยินยอมของคุณในการแบ่งปันข้อมูลของคุณมีอายุการใช้งานนานเท่าใด

- **หากคุณอายุ 18 ปีขึ้นไป** คำยินยอมนี้จะมีอายุหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม
- **หากคุณอายุต่ำกว่า 18 ปี** คำยินยอมของคุณจะมีอายุหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม หากคุณอายุครบ 18 ปี หรือหากสถานะผู้ปกครองของคุณเปลี่ยนแปลงไปในช่วงระยะเวลา 1 ปีนี้ คุณจะต้องให้คำยินยอมใหม่
- ไม่ว่าคุณจะมีอายุเท่าไร คุณสามารถเปลี่ยนใจและขอเพิกถอนคำยินยอมได้ตลอดเวลาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้แบบฟอร์มการเพิกถอน ASCMI Revocation Form

ชื่อของคุณ	ลายเซ็นของคุณ	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)
ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	วันที่ (ดด/วว/ปปปป)