



San Francisco ARIES 客戶同意書

我，_____ (打印全名)，希望註冊艾滋病區域信息和評估系統 (AIDS Regional Information and Evaluation System, ARIES)，從而可以接受舊金山公共衛生部和/或其服務提供者提供的服務。在註冊期間，我將被要求提供有關我自己的信息，包括我的姓名、種族、性別、出生日期、收入和其他人口統計數據。根據我正在註冊的機構或計劃，我可能還會被問到有關我的 CD4 細胞計數、病毒載量、HIV 藥物使用、常見的身體和醫療狀況以及病史的問題。

除了提供信息，我可能會被要求提供 HIV 陽性狀態的文件。

分享：通過在下面簽名，我選擇與其他所有的關於 ARIES 且服務於我的機構分享我的信息。在 ARIES 內分享我的信息的目的是確定我的需求和服務資格、參加適當的方案、並接受協調的護理和治療，其中包括適當轉介其他服務。通過說明我願意分享我的信息，當我從另一個提供由 Ryan White HIV/AIDS Program 資助的服務機構或加州公共衛生部 (California Department of Public Health, CDPH) 艾滋病辦公室接受服務時，通常不需要重新註冊 (在 ARIES 內) 或提供額外的 HIV 陽性狀態的文件。只有經過授權的人員才能在需要了解的前提下獲取我的信息。共享的信息可能包括有關在特定機構收到的服務或治療的信息。精神健康、酒精/藥物使用和法律信息將不會被共享。

作為接受服務的條件，我同意我的 ARIES 信息可以提供給我當地的衛生部門、資助我收到服務的財務代理人、以及 CDPH 艾滋病辦公室，以提供強制的護理和治療報告、方案監控、統計分析和研究活動。這些數據包括但不限於人口、財務、醫療、服務、精神健康、酒精/物質使用和法律信息。

此外，作為接受服務的條件，我同意我的當地衛生部門可能會向我的醫療保健提供者披露所需的我的 ARIES 信息的最少量的信息，以幫助他們履行關於 HIV 報告的法律法規。精神健康、酒精/藥物使用和法律信息將不會因此目的被披露。

我在 ARIES 的註冊不會保證來自任何其他機構的服務。等候名單或其他資格要求可能會使我被排除在其他 ARIES 機構的服務之外。

通過簽署本表格，我承認我已經和下文所指的工作人員討論並理解了我與 ARIES 相關的保密權利。我明白，本表格將存儲在我的文件中。本同意書自我簽署之日起三 (3) 年內有效。

客戶或未成年兒童*的父母/監護人簽名

日期

僅供當地機構使用

由 (職員姓名) 管理

機構名稱

簽名

日期

如果適用，該客戶為非共享客戶，因為 (選中所有適用的)：

無法給出同意

相關/受影響的客戶

HIV 陰性

*根據加州“家庭法律”(Family Code) 第 6926 條，“可能接觸過傳染性、蔓延性或傳播性疾病的 12 歲或以上未成年人，可以同意接受有關該疾病的診斷或治療的醫療護理，如果法律或依據法律的規定要求向當地衛生官員報告該疾病，或者，該疾病者是性傳播的，則可以由國家衛生局確定。



AIDS Regional Information & Evaluation System

ARIES 是什麼和它會為我做些什麼？

艾滋病區域信息和評估系統 (ARIES) 是一個客戶管理系統，旨在為 Ryan White CARE Act 保健業者使用，他們會通過幫助保健業者自動化、計劃、管理和報告客戶服務，加強對 HIV 感染者的服務。ARIES 將改善提供給您的護理質量。

ARIES 通過減少您的 ARIES 註冊文件，幫助您更容易地獲得服務，並幫助相關機構更好地協調您收到的服務。在 ARIES，您可以註冊一次，並使用 ARIES 與其他機構分享這些信息。共享信息意味著您不需要多次填寫相同的 ARIES 註冊表格，或將您的 HIV 呈陽性狀態的文件帶到每個相關機構。ARIES 在替您節約時間！

我的信息安全嗎？

是的！ARIES 非常安全，ARIES 中的所有信息都是完全保密的。本系統會保護您的記錄，以便只有授權的機構才能獲取它。這樣機構內的授權人員僅有權查看他們需要知道的信息。有關精神健康、藥物濫用、法律問題的信息僅適用於非常有限的群體。此外，加密（數據混亂且無法識別）會阻止除預定收件人以外的任何人閱讀該數據。