



## Форма согласия клиента системы ARIES, проживающего в Сан-Франциско

Я, \_\_\_\_\_ (укажите полное имя), хочу зарегистрироваться в региональной системе сбора и оценки информации о СПИД (AIDS Regional Information and Evaluation System, ARIES) для получения услуг, предоставляемых Департаментом здравоохранения Сан-Франциско (San Francisco Department of Public Health) и (или) его поставщиками услуг. Во время регистрации мне нужно будет предоставить информацию о себе, включая имя, расовую принадлежность, пол, дату рождения, сведения о доходе и другие демографические данные. В зависимости от того, в какой организации или программе я регистрируюсь, мне также могут задать вопросы о таких показателях, как количество CD4-клеток и вирусная нагрузка, об использовании лекарств против ВИЧ, общем физическом состоянии и состоянии здоровья, а также о моей истории болезни.

Кроме предоставления информации, меня также могут попросить представить документы, подтверждающие мой ВИЧ-положительный статус.

**ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ:** Подписываясь ниже, я соглашаюсь передавать информацию о себе всем другим организациям, в которых я получаю обслуживание, если они входят в систему ARIES. Информация обо мне будет передаваться через систему ARIES в следующих целях: определение моей потребности в тех или иных услугах и права на их получение, зачисление в подходящие программы, а также получение координированной медицинской помощи и лечения, включая соответствующие направления для получения других услуг. После того, как я дам согласие на передачу информации о себе, мне в большинстве случаев не понадобится повторно регистрироваться в системе ARIES или предоставлять дополнительную документацию в подтверждение моего ВИЧ-положительного статуса при получении обслуживания в другой организации, которая предоставляет услуги, финансируемые программой Ryan White HIV/AIDS или Службой по вопросам СПИДа (Office of AIDS) Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Public Health, CDPH). Только уполномоченный персонал той или иной организации будет иметь доступ к информации обо мне и исключительно в тех случаях, когда это необходимо. Передаваемая информация может включать сведения о полученном мною обслуживании или лечении в какой-либо конкретной организации. Сведения о психическом здоровье, употреблении алкоголя или психоактивных веществ, а также юридическая информация передаваться не будут.

В качестве условия получения услуг, я соглашаюсь с тем, что информация обо мне, хранящаяся в системе ARIES, может быть доступна местному департаменту здравоохранения, налоговым агентам, которые занимаются финансированием предоставляемых мне услуг, и также Департаменту здравоохранения штата Калифорния/Службе по вопросам СПИДа для отчетности по предусмотренному обслуживанию и лечению, мониторинга программ, статистического анализа и исследовательской деятельности. К этим данным могут относиться, в числе прочих, демографические, финансовые, медицинские сведения, информация о полученном обслуживании, психическом здоровье, употреблении алкоголя или психоактивных веществ и юридическая информация.

Также в качестве условия получения услуг я соглашаюсь с тем, что местный департамент здравоохранения может раскрывать минимальный объем необходимой информации, хранящейся в системе ARIES, поставщикам медицинских услуг, чтобы помочь им соблюдать законодательные и нормативные требования в отношении отчетности по ВИЧ. Сведения о психическом здоровье, употреблении алкоголя или психоактивных веществ, а также юридическая информация в этих целях передаваться не будут.

Моя регистрация в системе ARIES не гарантирует получения обслуживания в какой-либо другой организации. Я могу не получить обслуживание в других организации, входящих в систему ARIES, из-за наличия списков ожидания или других критериев отбора.

Подписывая настоящую форму, я подтверждаю, что я обсудил (-а) с указанным ниже сотрудником свои права на сохранение конфиденциальности, связанные с системой ARIES, и понял (-а) полученные сведения. Я знаю, что данная форма будет сохранена в бумажном виде. Данное согласие действительно в течение трех (3) лет после даты подписания мной этой формы.

\_\_\_\_\_  
Подпись клиента или родителя/опекуна несовершеннолетнего ребенка \*

\_\_\_\_\_  
Дата

**Только для использования местной организацией**

\_\_\_\_\_  
Процедура проведена (имя и фамилия сотрудника)

\_\_\_\_\_  
Название организации

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

Если применимо, информация данного клиента **НЕ ПОДЛЕЖИТ ПЕРЕДАЧЕ** по следующим причинам (отметьте все подходящие пункты) :

- Не способен предоставить согласие     Имеет ВИЧ-ассоциированное заболевание/Связанное с ВИЧ-инфицированным лицом  
 ВИЧ-отрицательный

\*согласно разделу 6926 Семейного кодекса штата Калифорния, «несовершеннолетние дети в возрасте 12 лет и старше, которые могли вступить в контакт с источником инфекционного или заразного заболевания, могут давать согласие на получение медицинской помощи, связанной с диагностикой или лечением заболевания, если информация о заболевании или состоянии, согласно закону или нормативному требованию, принятому на основании закона, должна быть предоставлена местному сотруднику санитарного надзора либо имеет отношение к заболеваниям, передающимся половым путем, как это может быть определено государственным инспектором общественного здравоохранения».

## Что представляет собой система ARIES и какую пользу она может мне принести?

Региональная система сбора и оценки информации о СПИД (AIDS Regional Information & Evaluation System, ARIES) представляет собой систему управления данными клиентов, которая предназначена для поставщиков услуг, предоставляемых согласно Закону о помощи больным ВИЧ/СПИДом им. Райана Уайта (Ryan White CARE Act), с целью улучшить качество обслуживания клиентов с ВИЧ, помогая поставщикам услуг автоматизировать и планировать обслуживание клиентов, управлять им и подготавливать отчеты. ARIES улучшит качество обслуживания, которое предоставляется *именно вам*.

ARIES облегчит получение необходимых услуг, уменьшив объем документации, требуемой при регистрации, и поможет организациям лучше координировать предоставляемое вам обслуживание. Благодаря системе ARIES вам нужно зарегистрироваться только **один** раз, и в дальнейшем вы сможете передавать информацию другим организациям, использующим систему ARIES. Передача информации означает, что вам не потребуется заполнять одни и те же регистрационные формы ARIES более одного раза или приносить документы, подтверждающие ваш ВИЧ-положительный статус, в каждую организацию. ARIES поможет вам сэкономить время!

## Будет ли моя информация в безопасности?

ДА! Система ARIES очень надежна и вся хранящаяся в ней информация строго конфиденциальна. Ваши данные в системе защищены и только уполномоченная организация имеет к ним доступ. Уполномоченный персонал такой организации имеет право просматривать только ту информацию, которая необходима. Сведения о психическом здоровье, употреблении психоактивных веществ, а также юридическая информация будут доступны только очень ограниченной группе лиц. Кроме того, применение шифрования (когда данные кодируются и не могут быть распознаны) исключает прочтение данных любым лицом, которое не является их законным получателем.