



## แบบฟอร์มคำยินยอมของผู้รับบริการ ARIES สำหรับซานฟรานซิสโก

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ (ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง)

มีความประสงค์ที่จะลงทะเบียนในระบบข้อมูลและการประเมินระดับภูมิภาคเกี่ยวกับโรคเอดส์ (AIDS Regional Information and Evaluation System - ARIES) เพื่อที่จะรับบริการต่างๆ จากกรมสาธารณสุขซานฟรานซิสโก

และ/หรือผู้ให้บริการของกรมดังกล่าว ในระหว่างการลงทะเบียน ข้าพเจ้าจะต้องกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งรวมถึงชื่อ เชื้อชาติ เพศ วันเกิด รายได้ และข้อมูลทางประชากรศาสตร์อื่นๆ นอกจากนี้

ข้าพเจ้ายังอาจต้องตอบคำถามเกี่ยวกับจำนวนเซลล์ CD4, ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด, การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี, สภาพร่างกายและสภาพทางการแพทย์โดยทั่วไป และประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหน่วยงาน หรือโครงการที่ข้าพเจ้าลงทะเบียนไว้

นอกเหนือจากการให้ข้อมูลดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังอาจต้องให้เอกสารเกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

**การแบ่งปันข้อมูล:** เมื่อลงนามด้านล่างนี้ ถือว่าข้าพเจ้าเลือกที่จะแบ่งปันข้อมูลของตนเองกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งหมดที่ข้าพเจ้ารับบริการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ARIES การแบ่งปันข้อมูลของข้าพเจ้าใน ARIES มีจุดประสงค์เพื่อกำหนดความต้องการและสิทธิ์ของข้าพเจ้าในการรับบริการต่างๆ ลงทะเบียนในโครงการที่เหมาะสม และรับการบำบัดรักษาที่สอดคล้องกัน รวมถึงการส่งตัวไปรับบริการอื่นๆ อย่างเหมาะสม โดยการระบุว่าข้าพเจ้าเต็มใจที่จะแบ่งปันข้อมูล หมายความว่าโดยปกติ ข้าพเจ้าจะไม่จำเป็นต้องลงทะเบียนซ้ำ (ใน ARIES) หรือแสดงเอกสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อข้าพเจ้ารับบริการจากหน่วยงานอื่นที่ให้บริการซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการ Ryan White HIV/AIDS หรือสำนักงานโรคเอดส์ กรมสาธารณสุขแคลิฟอร์เนีย เฉพาะบุคลากรที่ได้รับอนุญาตในหน่วยงานนั้นๆ เท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าได้เท่าที่จำเป็น

ข้อมูลที่มีการแบ่งปันอาจรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับ หรือการบำบัดรักษาของข้าพเจ้า ณ หน่วยงานแห่งใดแห่งหนึ่ง และจะไม่มี การแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต การใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด และข้อมูลทางกฎหมาย

ตามเงื่อนไขในการรับบริการ ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าใน ARIES ต่อกรมสาธารณสุขท้องถิ่น ภาครัฐที่ให้เงินสนับสนุนบริการที่ข้าพเจ้าได้รับ และ CDPH/สำนักงานโรคเอดส์

เพื่อวัตถุประสงค์ในการรายงานการบำบัดรักษาที่กำหนด การกำกับดูแลโครงการ การวิเคราะห์เชิงสถิติ และกิจกรรมทางการวิจัย ซึ่งข้อมูลนี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ การเงิน การแพทย์ บริการสุขภาพจิต การใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด และข้อมูลทางกฎหมาย

นอกจากนี้ ตามเงื่อนไขในการรับบริการ ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมสาธารณสุขท้องถิ่นเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าใน ARIES ในปริมาณน้อยที่สุดตามที่จำเป็นแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ของข้าพเจ้า

เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการดังกล่าวปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับว่าด้วยการรายงานเกี่ยวกับเอชไอวี

และจะไม่มี การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต การใช้แอลกอฮอล์/สารเสพติด และข้อมูลทางกฎหมายเพื่อจุดประสงค์นี้

การลงทะเบียนของข้าพเจ้าใน ARIES ไม่ใช่การรับประกันว่าข้าพเจ้าจะได้รับบริการจากหน่วยงานอื่นใด

รายชื่อหรือรับบริการหรือข้อกำหนดอื่นๆ เกี่ยวกับสิทธิ์ในการรับบริการอาจละเว้นข้าพเจ้าจากการรับบริการ ณ หน่วยงานอื่นๆ ของ ARIES

