

Consumer Consent Giấy Ủng Thuận của Người Sử Dụng

To specified use / disclosure of information
Ân Định Việc Sử Dụng/Chuyển Giao Thông Tin

Agency Contact Details Agency Contact Details

To ensure the consumer is able to make an informed decision about consent to the disclosure of their information, the practitioner should: (✓ tick when completed)

Để bảo đảm người sử dụng có thể đi đến quyết định có hiểu biết về việc ủng thuận cho chuyển giao chi tiết cá nhân, chuyên viên phải: (✓ sau khi đã hoàn tất)

1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
 1. Thảo luận với người sử dụng về đề nghị giới thiệu đến các dịch vụ/cơ sở khác _____
2. Explain that the consumer's information will only be released to these services if the consumer has agreed and advise that the referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
 2. Giải thích rằng chi tiết về người sử dụng chỉ được chuyển cho các dịch vụ này nếu họ đồng ý và cho họ biết là việc giới thiệu vẫn có thể được tiến hành dù người sử dụng không cho phép chuyển giao chi tiết cá nhân _____
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure *Your Information—It's Private*
 3. Cung cấp cho người sử dụng thông tin/tài liệu về chi tiết riêng tư thí dụ như tài liệu *Chi Tiết Của Quý Vị — Phải Giữ Kín (Your Information — It's Private)* _____
4. Provide the consumer with a copy of this form, once completed
 4. Sau khi điền xong, trao cho người sử dụng một bản _____

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures Phần 1: Chi Tiết Dự Kiến Sẽ Sử Dụng và Chuyển Giao

The following service(s) are recommended. It is also recommended that relevant information is forwarded to the agency(s) that provide these services, in order that consumers receive the best possible care.

Những dịch vụ dưới đây đã được đề nghị với quý vị. Điều quan trọng là chi tiết liên hệ được chuyển giao cho cơ sở cung cấp dịch vụ để quý vị được phục vụ chu đáo nhất.

Type of Service Examples: – Physiotherapy – Specialist consultant Loại Dịch Vụ Thí dụ: – Vật Lý Trị Liệu – Tham Vấn Viên Chuyên Khoa	Name of Agency Examples: – Any agency – Nominated clinic Tên của Cơ Sở Thí dụ: – Bất cứ cơ sở nào – Bệnh xá đã chọn	Type of Information (including limits as applicable) Examples: – All relevant information – Test results only Chi Tiết Gì (bao gồm giới hạn nếu có) Thí dụ: – Tất cả chi tiết liên hệ – Kết quả xét nghiệm mà thôi

Section 2: Record of Consumer Consent

Phần 2: Ghi Nhận Sự Ủng Thuận Của Người Sử Dụng

2(A) Written Consumer Consent

Or

2(B) Verbal Consent

2(A) Người Sử Dụng Ủng Thuận Bằng Văn Tự

Hoặc

2(B) Ủng Thuận Miệng

2(a)

My practitioner has discussed with me how, when and why certain information about me may need to be provided to other agencies.

Chuyên viên đã thảo luận với tôi về cách thức, lúc nào và vì sao chi tiết nhất định về bản thân tôi có thể cần phải được chuyển giao cho cơ sở khác.

I understand the recommendations and I give my permission for the information to be shared as detailed above.

Tôi hiểu những đề nghị đã nêu và ủng hộ cho chia sẻ chi tiết như ghi trên.

Signed:

Date:

Chữ ký:

Ngày:

Consumer OR Authorised Representative)
(Người Sử Dụng HOẶC Đại Diện Hợp Pháp)

Consumer Name:

Tên Người Sử Dụng:

Witnessed:

Thị thực:

Practitioner)
(Chuyên viên)

Practitioner Name:

Tên Chuyên Viên:

Role:

Nhiệm vụ:

2(b)

Practitioner Use Only

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.

Dành Cho Chuyên viên

Sự ủng hộ miệng chỉ dành cho trường hợp không tiện ghi nhận sự ủng hộ bằng văn tự.

I have discussed the proposed referrals with the consumer. I am satisfied that the consumer understands the proposed uses and disclosures, and has provided their informed consent to these.

Tôi đã thảo luận việc giới thiệu dự kiến với người sử dụng. Tôi yên trí là người sử dụng hiểu về việc sử dụng hoặc chuyển giao chi tiết dự kiến, và bày tỏ ý ủng hộ có hiểu biết cho những điều này.

Signed:

Date:

Chữ ký:

Ngày:

Practitioner)
(Chuyên viên)

Practitioner Name:

Tên Chuyên Viên:

Role:

Nhiệm vụ:

Department of Human Services

1620402A



Office Use Only: If information becomes superseded, indicate below and record updated information on a new form

The information of this form has been superseded

Date:

Name:

Sign: