

# Consent to share information

## Ứng thuận cho Chia sẻ Thông tin

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Mục đích: Ghi nhận sự ưng thuận chín chắn và tự nguyện của người sử dụng dịch vụ về việc cho chia sẻ thông tin với cơ quan/các cơ quan nhất định cho mục đích/những mục đích nhất định.

**Consumer**

**Người Sử dụng Dịch vụ**

Name:

Họ tên:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Ngày sinh: nn/tt/nnnn / /

Sex:

Phái tính:

UR Number:

Số UR:

or affix label here  
hoặc dán nhãn ở đây

Consent to Share Information Ứng thuận cho Chia sẻ Thông tin

### Section 1: Personal/health information to be shared

#### Phần 1: Thông tin cá nhân/sức khỏe sẽ chia sẻ

Service Type Loại Dịch Vụ	Name of Agency Tên của Cơ quan	Type of Information Thông tin /Chi tiết gì	Purpose/s Mục đích
Examples: – Physiotherapy – counseling Thí dụ: – Vật Lý Trị Liệu – tư vấn	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Thí dụ: – Trung tâm Y tế Cộng đồng Strawberry – Hội đồng Thành phố Blueberry	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Thí dụ: – Tất cả mọi thông tin liên quan – trường hợp ngoại lệ như người sử dụng xác định	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer’s care Thí dụ: – giới thiệu – hoạch định chăm sóc chung/phụ trách riêng – thông báo các dịch vụ có tham gia trong việc chăm sóc người sử dụng

### Section 2: Record of consent

#### Phần 2: Ghi nhận sự ưng thuận

**Written consumer consent**

**Người Sử dụng Ứng thuận bằng Văn bản**

*The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.*

*Nhân viên/Chuyên viên đã thảo luận với tôi về cách thức và vì sao những thông tin nhất định nào đó về bản thân tôi có khi cần phải được chia sẻ với những cơ sở cung cấp dịch vụ khác như nêu trên. Tôi hiểu điều này và tôi ưng thuận cho phép chia sẻ thông tin.*

Signed: \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /

Ngày: (nn/tt/nnnn) / /

**or**  
**hoặc**

**Verbal consumer consent**

**Người Sử dụng Ưng thuận miễn**

*I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.*

*Tôi đã thảo luận với người sử dụng về cách thức và lý do vì sao những thông tin nhất định có khi sẽ được chia sẻ với cơ sở cung cấp dịch vụ khác. Tôi yên trí là họ hiểu rõ vấn đề này và vì hiểu rõ nên họ đã ưng thuận cho chia sẻ thông tin như trình bày ở trên.*

or  
hoặc

**Consumer does not have the capacity to provide consent**

**Người sử dụng không có năng lực để có thể ưng thuận**

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(tức là họ không hiểu tính chất của điều mà họ sẽ ưng thuận, hay hậu quả của nó)

Consent given by authorised representative \_\_\_\_\_  
(name of authorised representative)

Ưng thuận của đại diện hợp pháp \_\_\_\_\_  
(tên của đại diện hợp pháp)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001\* will be shared as set out in the Health Records Act

Không có đại diện hợp pháp hay không thể tiếp xúc người này được; do đó, thông tin sẽ được chia sẻ theo quy định trong Đạo luật Y bạ (Health Records Act) 2001\*

*\*If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

*\*Nếu trên thực tế không thể có được sự ưng thuận của đại diện hợp pháp hay người sử dụng không có đại diện hợp pháp, thông tin về sức khỏe vẫn có thể được chia sẻ trong những tình huống theo quy định trong Đạo luật Y bạ (Health Records Act) 2001. Bao gồm trường hợp việc chia sẻ thông tin do cơ sở cung cấp dịch vụ y tế thực hiện và là điều cần thiết hợp lý để cung cấp dịch vụ y tế hay theo luật định.*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

Để bảo đảm đại diện hợp pháp của người sử dụng dịch vụ có thể đi đến quyết định chín chắn về việc ưng thuận cho chia sẻ thông tin như trình bày ở trên, nhân viên/chuyên viên phải (đánh dấu sau khi hoàn tất):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. Thảo luận với người sử dụng dịch vụ về việc chia sẻ thông tin với các dịch vụ/cơ sở khác theo dự định
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. Giải thích rằng thông tin về người sử dụng dịch vụ sẽ chỉ được chia sẻ với các dịch vụ/cơ quan này nếu người sử dụng dịch vụ ưng thuận và khi giới thiệu thì cho người sử dụng dịch vụ biết dù người sử dụng dịch vụ không cho phép tiết lộ thông tin, việc giới thiệu để được sử dụng dịch vụ vẫn có thể được tiến hành
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. Trao cho người sử dụng dịch vụ thông tin về việc bảo mật chi tiết riêng tư thí dụ như tài liệu Thông tin của Quý vị - Phải được Giữ kín (Your Information – It's Private)
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. Trao cho người sử dụng giấy này sau khi điền xong.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
Do Bộ Y tế Tiểu bang Victoria biên soạn, 2012

Consent obtained/witnessed by:  
Người lấy sự ưng thuận/chứng kiến:

Name:

Tên:

Sign:

Chữ ký:

Position/Agency:

Chức vụ/Cơ quan:

Date: dd/mm/yyyy / /

Ngày: nn/tt/nnnn / /

CSI Page 1 of 1

CSI Trang 1 / 1

Contact number:

Số điện thoại: