

## การให้อำนาจสำหรับใช้และ/หรือเปิดเผยข้อมูล โครงการการรับเป็นบุตรบุญธรรมแบบอิสระ

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ เกิดเมื่อ \_\_\_\_\_, ในที่นี้ได้ให้สิทธิ  
ชื่อของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด/บิดามารดาตาม  
กฎหมาย หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย วันเดือนปีเกิด

\_\_\_\_\_ ให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับ  
แพทย์, โรงพยาบาล, คลินิก, โรงเรียน, นักบำบัด หรือ หน่วยงาน

- ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า สภาวะด้านจิตใจและร่างกาย การดูแล หรือการรักษาพยาบาล
- ประวัติทางการแพทย์ สภาวะด้านจิตใจและร่างกาย การดูแล หรือการรักษาพยาบาลของ  
 เด็ก \_\_\_\_\_  
ชื่อของเด็ก  
 เกิดเมื่อ \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด

ความสัมพันธ์ของข้าพเจ้ากับเด็กคนนี้เป็น \_\_\_\_\_

### ข้อมูลนี้จะถูกเปิดเผยต่อ

- กรมประชาสงเคราะห์ รัฐแคลิฟอร์เนีย
- หน่วยงานบริการด้านการรับบุตรบุญธรรมประจำเทศมณฑลที่ได้รับมอบหมาย  
 ที่อยู่: \_\_\_\_\_  
 เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_
- หมายเลขโทรศัพท์: (     ) \_\_\_\_\_
- อื่นๆ \_\_\_\_\_

- บิดามารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมายต้องกรอกหนึ่งแบบฟอร์มสำหรับแต่ละคน/ตัวแทน

**การมอบอำนาจของผู้ป่วยให้เปิดเผยข้อมูล  
ข้อจำกัด/ระยะเวลา/สิทธิ**

การให้อำนาจของข้าพเจ้าจำกัดที่การเปิดเผยข้อมูลนี้ให้แก่หน่วยงานที่มีชื่อระบุไว้ในหน้าหนึ่งเพื่อจุดประสงค์ในการวางแผนการรับบุตรบุญธรรม การอนุญาตนี้ใช้สำหรับข้อมูลใดๆ ในแฟ้มของท่านที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า และหากสามารถนำไปใช้ได้ รวมถึงเด็กที่มีชื่อในหน้าหนึ่ง รวมทั้ง ข้อมูลประเภทต่อไปนี้:

- ข้อมูลและประวัติทางการแพทย์
- ข้อมูลและประวัติทางจิตวิทยา-สังคม
- ผลการทดสอบและการตรวจสอบ
- ข้อมูลอื่นและ/หรือคำอธิบาย: \_\_\_\_\_

- ข้าพเจ้าให้อำนาจในการเปิดเผยข้อมูลเฉพาะนี้จากบันทึกทางการแพทย์ของเด็กของข้าพเจ้า
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ถูกเปิดเผยตามการอนุญาตนี้ อาจจะถูกเปิดเผยต่อได้อีกโดยผู้รับและจะไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายว่าด้วยการรักษาความลับของรัฐบาลกลางอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม การใช้และการเปิดเผยข้อมูลจะอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของประมวลกฎหมายครอบครัว มาตรา 9200 et seq. และ Title 22 ประมวลกฎหมายแคลิฟอร์เนียว่าด้วยระเบียบข้อบังคับ มาตรา 35049 et seq. และ 35051 et seq.
- การอนุญาตนี้อาจจะยกเลิกเมื่อใดก็ได้ การยกเลิกของข้าพเจ้าจะมีผลบังคับใช้เมื่อได้รับแต่จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้หรือการเปิดเผยซึ่งทำขึ้นในขณะที่การให้อำนาจยังคงมีผลบังคับ
- การอนุญาตนี้จะมีผลบังคับทันทีและจะหมดอายุในหนึ่งปีนับจากวันที่ลงนาม
- สำเนาของการเปิดเผยนี้จะมีผลบังคับแจกเช่นต้นฉบับ
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับสำเนาของการอนุญาตนี้

ลายมือชื่อ:

วันที่:

เอกสารนี้เป็นไปตามข้อกำหนดการรักษาความเป็นส่วนตัวของกฎหมายว่าด้วยการควบคุมและส่งผ่านข้อมูลทางด้านการประกันสุขภาพ (Health Insurance Portability and Accountability Act)