

ՊԱՀՊԱՆՎՈՂ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ԱԶԳԱՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆ ԾՆՆՂՑԱՆ ԱՄՄԱԹԻՎ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

ՍՈՒՑՆՈՎ ԹՈՒՅԼԱՏՐՈՒՄ Է

ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ	ՀԱՍՑԵՆ. ՓՈՂՈՑ	ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԱՌԱՔՄԱՆ ԿՈՐ
---------------------	---------------	-------	--------	----------------------

Տրամադրել Պաշտպանված Առողջության Տեղեկությունները.

ՀԱՍԱՐԱՐԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ (DPSS) ԳՐԱՄԵՆՅԱԿԻ ԱՆՈՒՆԸ

ՀԱՍՑԵՆ. ՓՈՂՈՑ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԱՌԱՔՄԱՆ ԿՈՐ

ՎԵՐՋՆԱԺԱՄԿԵՏԸ. Այս թույլտվությունը վավեր է մինչև հետևյալ օրը. \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

ԲԱՑԱՀԱՅՏՎՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Հոգեկան վիճակ  Այլ (խնդրում ենք նշել) \_\_\_\_\_

Ես հասկանում եմ, և համաձայն եմ, որ իմ առողջապահությունն ապահովողը լրացնի ABP 1676-3 GRMH ձևը և վերադարձնի DPSS-ին, որպեսզի DPSS-ը կարողանա որոշել իմ նպաստներ ստանալու իրավասությունը, սա ներառում է տրամադրել DPSS-ին տեղեկություն, որը վերաբերվում է ցանկացած հոգեկան առողջության անբավարարությանը, իմ վիճակի սկսման ամսաթվին, թե արդյոք ես ակտիվորեն ձգտում եմ բուժվել, իմ վիճակի սպասելի տևողությանը, թե արդյոք սա կարող է ազդել իմ աշխատելու կամ աշխատանքի ուսուցման հետ կապված ծրագրի մասնակցությանը: Ես հասկանում եմ, որ առողջությանը վերաբերվող տեղեկությունները, որոնք օգտագործվում կամ բացահայտվում են այս թույլտվության ձևում, կարող են վերաբացահայտվել և այլևս չենթարկվել դաշնային առողջապահական տեղեկատվական գաղտնիության իրավունքի պաշտպանությանը:

ԶԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ՍՈՒՅՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՏՄԱՄԲ.

Իրավունք ստանալու սույն թույլտվության պատճեն – Ես հասկանում եմ, որ եթե ես ստորագրեմ այս թույլտվությունը, ինձ կտրամադրվի ձևի ստորագրված պատճեն:

ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ. Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ հրաժարվել ստորագրել այս թույլտվությունը առանց ազդելու իմ առողջությունը ապահովողից բուժում ստանալու կարողությանը, բայց այդ անելը կարող է ազդել DPSS-ից նպաստներ ստանալու իմ իրավասության վրա:

Ես հնարավորություն եմ ունեցել վերանայելու և հասկանալու այս թույլտվության ձևի բովանդակությունը: Ստորագրելով այս թույլտվությունը, ես հաստատում եմ, որ այն ճշտորեն արտացոլում է իմ ցանկությունները:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴԻ/ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԱՄՄԱԹԻՎԸ

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԿԱՅԻ ԱՆՈՒՆԸ/ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏ, ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԱՄՄԱԹԻՎԸ

Իրավունք Այս Թույլտվությունը Չեղյալ Ճանաչելու – Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ գրավոր խնդրել DPSS-ից այս թույլտվությունը ճանաչել չեղյալ: Ես կարող եմ օգտագործել այս ձևի ներքևի մասի Թույլտվություն Չեղյալ Ճանաչումը: Փոստով ուղարկել կամ տանել չեղյալ ճանաչումը հետևյալ հասցեով.

[Empty box for address]

Ես նաև հասկանում եմ, որ չեղյալ ճանաչելը չի ազդի DPSS-ի կամ որևէ բժշկական ծառայություն մատուցողի ունակության վրա, օգտագործելու կամ բացահայտելու առողջական տեղեկությունը կամ պատճառները, կապված այս թույլտվության նախնական հուսալիության վրա:

**ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ՉԵՂՅԱԼ ՃԱՆԱՉՈՒՄ**

Ստորագրությունը Հիվանդի/Իրավական Ներկայացուցչի. Ամսաթիվը.

---

Եթե ստորագրել է ոչ հիվանդը այլ մեկ ուրիշը, նշել ազգակցական կապը և այդ անելու հիմքը.