ՊԱՀՊԱՆՎՈՂ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ - ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

_____

Ազգանուն Անուն Ծննդյան ամսաթիվ (Ամիս/Օր/Տարի)

ՍՈՒՅՆՈՎ ԹՈՒՅԼԱՏՐՈՒՄ Է

□ LAC+USC Medical Center	□ Rancho Los Amigos National Rehabilitation Ctr.
□ Olive View-UCLA Medical Center	□ High Desert Multi-Service Ambulatory Care Ctr.
□ Harbor-UCLA Medical Center	□ Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center
□ CHC/Health Center: _____	
□ Antelope Valley Community Clinic	□ Central Neighborhood Health Center
□ Community Health Alliance of Pasadena	□ JWCH, Inc.
□ Korean Health Education & Research Ctr.	□ Los Angeles Christian Health Center
□ Mission City Community Network	□ St. John's Well Child & Family Clinic
□ Other:_____ Facility Name Street Address City State Zip Code	

Տրամադրել Պաշտպանված Առողջության Տեղեկությունները.

_____

Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչության Շրջանային Գրասենյակի Անունը Հասցեն. Փողոց

_____

Քաղաք Նահանգ Փոստային Առաքման Կոդ

Ժամանակահատվածի համար, որը սկսվում է _____-ին և ավարտվում _____-ին:
Ամսաթիվ Ամսաթիվ

ԼՐԱՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ. Այս թույլտվությունը վավեր է մինչև հետևյալ օրը. _____/_____/20____

ԲԱՑԱՀԱՅՏՎՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆՇԵԼ ԲՈԼՈՐ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ՏՈՒՓԵՐԸ

□ Discharge Summary
□ History and Physical
□ Consultation
□ Operative Report
□ Radiology Report
□ Radiology Films
□ Laboratory / Diagnostic Tests
□ Medical Progress Notes
□ Other (Please Specify)_____
_____

□ Mental Illness or Mental Health Assessment
□ Drug and/or Alcohol Abuse Treatment
□ Symptomatic HIV/AIDS
□ Sexually Transmitted Disease (s)
□ EKG Report
□ EEG Report
□ Summary of Medical History / Treatment

ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ - ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆՊԱՏԱԿԱՅԻՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ

_____ Ես հասկանում եմ, և համաձայն եմ, որ իմ առողջապահություն ապահովողը լրացնի և վերադարձնի ABP 1676-1 ձևը Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությանը (DPSS), որպեսզի նրանք կարողանան որոշել իմ նպաստներ ստանալու իրավասությունը:

Ես հասկանում եմ, որ առողջության մասին տեղեկությունները, որոնք օգտագործվում կամ բացահայտվում են իմ այս թույլտվության ստորագրման արդյունքում, ստացողը չի կարող հետագայում օգտագործել կամ բացահայտել, եթե ինձնից մեկ այլ թույլատվություն ձեռք չի բերել կամ եթե այդպիսի օգտագործումը կամ բացահայտումը հատուկ պահանջվում կամ թույլատրվում է ըստ օրենքի:

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ԱՅՍ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՏՄԱՄԲ.

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

ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ. 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 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 Ամսաթիվ

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

_____ Ամսաթիվ. _____/_____/_____

Վկա. _____ Անունը Տպատառերով. _____

Իրավունք Այս Թույլտվությունը Չեղյալ Ճանաչելու – Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ գրավոր ասել DPSS-ին ճանաչել այս թույլտվությունը չեղյալ: Ես կարող եմ օգտագործել այս ձևի ներքևի մասի Թույլտվություն Չեղյալ Ճանաչումը: Չեղյալ ճանաչումը փոստով ուղարկեք կամ տարեք հետևյալ հասցեով.

Ես նաև հասկանում եմ, որ չեղյալ ճանաչելը չի ազդի DPSS-ի կամ 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. **Ամսաթիվ.**

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