ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និង បញ្ជូញនៃព័ត៌មានអំពីការគាំពារសុខភាព

_____

ឈ្មោះត្រកូល ឈ្មោះខ្លួន ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

សូមអនុញ្ញាត

□ 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	

បញ្ជូញព័ត៌មានអំពីការគាំពារសុខភាពទៅ:

_____

ឈ្មោះការិយាល័យប្រចាំខណ្ឌនៃក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ: លេខផ្លូវ

_____

ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបកូដ

សម្រាប់អំឡុងពេលចាប់ផ្តើមនៅ, _____, នឹងបញ្ចប់នៅ _____.។
ខែថ្ងៃឆ្នាំ ខែថ្ងៃឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់: ការអនុញ្ញាតនេះគឺមានសុពលភាពរហូតដល់កាលបរិច្ឆេទដូចតទៅនេះ: _____/_____/20____

ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ជូញឲ្យដឹង

សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលទាក់ទងទាំងអស់:

□ 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

គោលបំណងនៃការបញ្ចេញឲ្យដឹង – ផ្តល់នូវការពណ៌នាអំពីគោលបំណងនៃបំណងនៃការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញឲ្យដឹងនេះ

_____ ខ្ញុំយល់ និងព្រមឲ្យមានការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបំពេញ និងផ្ញើត្រឡប់មកវិញនូវសំណៅ ABP 1676-1 ទៅឲ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ដូច្នេះពួកគេអាចសម្រេចលើលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានជំនួយរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ថា ពត៌មានអំពីសុខភាពដែលបានប្រើប្រាស់ ឬ បញ្ចេញឲ្យដឹង ដែលជាលទ្ធផលនៃការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំនេះ ប្រហែលជាមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬ បញ្ចេញទៅឲ្យអ្នកអ្នកទទួល តទៅទៀតឡើយ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតមួយផ្សេងទៀតត្រូវបានទទួលពីខ្ញុំ ឬលើកលែងតែ ការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញឲ្យដឹងនោះ គឺត្រូវបានតម្រូវយ៉ាងជាក់ច្បាស់ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

សិទ្ធិរបស់អ្នកដោយគោរពតាមការអនុញ្ញាតនេះ:

សិទ្ធក្នុងការទទួលបានទំព័រចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះ – ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានគេផ្តល់ជូននូវទំព័រចម្លងនៃសំណៅដែលបានចុះហត្ថលេខាមួយច្បាប់។

លក្ខខណ្ឌ: ខ្ញុំអាចដឹងថាខ្ញុំអាចបដិសេធក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្ដីអនុញ្ញាតនេះដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំឡើយ ប៉ុន្តែ ការធ្វើដូច្នេះប្រហែលជាអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលប្រយោជន៍ជំនួយពី DPSS ។

ខ្ញុំមានឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញនិងយល់ដឹងអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណៅការអនុញ្ញាតមួយនេះ។ ដោយការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា វាបង្ហាញយ៉ាងត្រឹមត្រូវនូវសេចក្ដីប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំ។

_____ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ / អ្នកតំណាងខាងផ្លូវច្បាប់ សរសេរជាអក្សរពុម្ព ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកទៀត ដែលផ្សេងពីអ្នកជំងឺ, សូមបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធអំណាចដើម្បីធ្វើដូច្នេះ:

_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ: _____/_____/_____

សាក្សី: _____ សរសេរជាអក្សរពុម្ព _____

សិទ្ធិក្នុងការលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះ - ខ្ញុំបានយល់ថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិដើម្បីលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះ នៅពេលណាក៏បាន ដោយប្រាប់ទៅ DPSS ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ខ្ញុំអាចប្រើការលុបចោលនូវការអនុញ្ញាត នៅផ្នែកខាងក្រោមនៃសំណៅនេះ។ សូមផ្ញើ ឬ ប្រគល់ការលុបចោលនូវការអនុញ្ញាតទៅអាសយដ្ឋានដែលមានចុះខាងក្រោមនេះ:

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ការលុបចោលនូវការអនុញ្ញាតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពរបស់ DPSS ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយ ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសុខភាព ឬមូលហេតុផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងទំនុកចិត្តពីមុន នៅលើការអនុញ្ញាតនេះទេ។

ការលុបចោលនូវការអនុញ្ញាត

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/តំណាងខាងផ្លូវច្បាប់: **ខែថ្ងៃឆ្នាំ:**

ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយមនុស្សម្នាក់ទៀត ដែលផ្សេងពីអ្នកជំងឺ, សូមបញ្ជាក់ទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធអំណាចដើម្បីធ្វើដូច្នេះ: