

ការអនុញ្ញាតសំរាប់បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

ខ្ញុំ, _____, ក្នុងនេះអនុញ្ញាត _____ ឲ្យបញ្ចេញ ព័ត៌មានសុខភាព
(ឈ្មោះអ្នកជំងឺ) (ឈ្មោះមន្ទីរព្យាបាល)
អំពីការថែទាំនិងលក្ខណវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំទៅកាន់ផែនការចាត់ចែងការថែទាំសុខភាព ដែលថាខ្ញុំបានចុះ

ឈ្មោះនៅក្នុង នឹង/ឬ APS Healthcare, អ្នកម៉ៅការ របស់ DHCS ដែលកំពុងផ្តល់នូវការវាយតម្លៃសុខភាពនិងការបញ្ជូនសំរាប់ការបន្តសេវា
នានាដែលត្រូវការ។ ព័ត៌មានសុខភាពនេះអាចមានរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត, គ្រឿងស្រវឹង និង ឬ ការព្យាបាលថ្នាំញៀន និងជំងឺ
ឆ្លងដោយការសេពសន្ថវៈ ឬជំងឺ HIV/AIDS។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវប្រើសំរាប់តែជួយខ្ញុំឲ្យទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាទាំងឡាយដែលខ្ញុំ
អាចនឹងត្រូវការ។ រាល់ព័ត៌មានសុខភាពទាំងអស់នឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាឯកជន ហើយនិងមិនត្រូវបញ្ចេញផ្តោតផ្តាសឡើយ លុះត្រាតែមានការ
អនុញ្ញាត ឬតម្រូវការដោយច្បាប់។

ខ្ញុំយល់ថា ដោយការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ៖

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យប្រើ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលអាចសំគាល់បុគ្គលខ្ញុំ រួមទាំងព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត, គ្រឿងស្រវឹង ឬសារជាតិ
ញៀន និង HIV/AIDS, ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើសំរាប់ក្នុងគោលបំណងដែលបានរាយខាងដើម។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកការអនុញ្ញាតសំរាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ។ បើសិនជាខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះឲ្យប្រើ ឬបញ្ចេញព័ត៌
មាន ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនោះនៅពេលណាក៏បានដែរ។
- ខ្ញុំយល់ថាការដកការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំចេញនឹងមិនមានប្រសិទ្ធិភាពលើ DHCS ឬ APS Healthcare ដែលមានសកម្មភាពលើការ
អនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំក្នុងសេចក្តីស្មោះត្រង់។
- ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយការព្យាបាល, ការបង់ប្រាក់, ឬលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំសំរាប់កម្រៃនានានឹងមិន
មានការប៉ះពាល់ឡើយ បើសិនជាខ្ញុំមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ។ ខ្ញុំយល់ថា បុគ្គលណាមួយដែលបញ្ជាក់សារ
និងព័ត៌មានត្រូវបានបញ្ចេញដោយអនុលោមទៅតាមការអនុញ្ញាតនេះ ប្រហែលមិនអាចប្រើ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្របន្តទៀត លុះ
ត្រាតែមានការអនុញ្ញាតត្រូវបានទទួលពីខ្ញុំ ឬលុះត្រាតែការបញ្ចេញនោះមានការតម្រូវជាពិសេស ឬមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

បានចុះហត្ថលេខាដោយ អត្តតាហក Medi-Cal ៖
_____ កាលបរិច្ឆេទ _____

(ការអនុញ្ញាតនេះគឺមានសុពលភាពរហូតមួយឆ្នាំ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទបានចុះហត្ថលេខា)

បានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងរបស់អត្តតាហ
_____ កាលបរិច្ឆេទ _____

អាជ្ញាធរស្របច្បាប់ ៖

- _____ អណាព្យាបាល/អ្នកគ្រប់គ្រងស្របច្បាប់ ភ្ជាប់សំណៅចម្បងនៃភ័ស្តុតាងជាអាណាព្យាបាលមួយច្បាប់។
- _____ លិខិតប្រគល់អំណាចនៃការថែទាំសុខភាព។ ភ្ជាប់សំណៅចម្បងនៃលិខិតប្រគល់អំណាចមួយច្បាប់។