

ՀԱՃԱՆՈՐԴ՝

Հաճախորդի անունը/նախկին անունը

Ծննդյան ամսաթիվ

Հաճախորդի համարը

Իրավական ներկայացուցչի անունը (եթե կիրառելի է)

Հասցե՝ փողոցը

Քաղաքը, Նահանգը Փոստային ինդեքսը

ԹՈՒՅԼԱՏՐՈՒՄ Է՝

**ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ
ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ (PHI) ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ ԿԱՍ
ԲԱՑԱՀԱՅՏԵԼ՝**

Գործակալության անվանումը

Առողջական ինսամքի մատակարարի անունը/Այլ

Հասցե՝ փողոցը

Հասցե՝ փողոցը

Քաղաքը, Նահանգը Փոստային ինդեքսը

Քաղաքը, Նահանգը Փոստային ինդեքսը

ՀԱՂՈՐԴՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ՝

- Գնահատում Հոգեբանական թեստի արդյունքները Ախտորոշում
- Հետազոտությունների արդյունքներ Դեղորայք Բուժման/Լավարկման նշումներ
- Ամբողջական գրառումներ Այլ (Նշել)՝ _____

ՆՇՈՒՄ՝ Նյութերի կամ ավիոհոլի օգտագործման, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի և/կամ վերարտադրողական կամ սեռական առողջության վերաբերյալ տեղեկությունը ՉԵՆ բացահայտվելու, եթե հատուկ չպահանջվի՝

նշելով վանդակ(ներ)ը ստորև՝ Ավիոհոլի օգտագործումը Նյութերի օգտագործումը

ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ Աբորտ Վերարտադրողական առողջության ինսամք

ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՄՍԱԹՎԵՐԸ

Ես թույլ եմ տալիս հրապարակել գրառումները հետևյալ ժամանակահատվածի համար.

_____ -ից _____ -ը

աա/օօ/տտտտտ աա/օօ/տտտտտ

Պահանջվող գրառումների առաքման եղանակը՝

- Փոստով Վերցնել անձամբ Էլ.փոստով, հասցե՝ _____

ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԿԱՍ ԲԱՑԱՀԱՅՏԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿԸ՝ (Նշել կիրառելի կատեգորիան)

- Հաճախորդի խնդրանք Այլ (Նշել)՝ _____

Ես հասկանում եմ, որ իմ PHI-ի ցանկացած բացահայտում իր հետ կրում է չարտոնված կրկնակի բացահայտման հավանականություն, և տեղեկատվությունը կարող է պաշտպանված չլինել գաղտնիության դաշնային կանոններով: Այդուհանդերձ, ես հասկանում եմ, որ Կալիֆորնիայի օրենսդրության համաձայն, այս թույլտվության ներքո գտնվող PHI ստացողին արգելվում է կրկնակի բացահայտել PHI-ը, բացառությամբ գրավոր թույլտվության կամ օրենքով սահմանված հատուկ պահանջի կամ թույլատրման դեպքում: Նաև հասկանում եմ, որ իմ տեղեկությունների օգտագործումից կամ բացահայտումից հետո, այն հնարավոր չի լինի հետ կանչել:

ԺԱՄԿԵՏԸ ԼՐԱՆԱԼՈՒ ԱՄՍԱԹՎԻՎ՝

Եթե այլ կերպ չեղյալ չհայտարարվի հիվանդի կողմից, վերոհիշյալ անհատին/կազմակերպությանը առողջության վերաբերյալ տեղեկության տրամադրման սույն թույլտվության ժամկետը **ավտոմատ կերպով կլրանա 1 տարի անց՝** ստորագրման օրվանից կամ ստորև նշված ամսաթվից կամ իրադարձությունից, որն էլ որ տեղի ունենա առաջինը:

Սույն թույլտվությունը վավեր է մինչև _____ / _____ / _____ կամ _____
Ամիս Օր Տարի Իրադարձություն

ՍՈՒՅՆ ԹՈՒՅԼԱՏՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊԿԱԾ ՁԵՐ ԻՐԱԿՈՒՆՔՆԵՐԸ`

Թույլտվության պատճեն ստանալու իրավունք` ես հասկանում եմ, որ համաձայնելով ստորագրել այս թույլտվությունը, ինչը ես պարտավորված չեմ անել, ինձ պետք է տրամադրվի ձևաթղթի ստորագրված պատճենը:

Թույլտվությունը չեղարկելու իրավունք` ես հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ ցանկացած ժամանակ չեղյալ համարել այս Թույլտվությունը` գրավոր տեղեկացնելով Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչությանը` LACDMH-ին: Ես կարող եմ օգտագործել այս ձևաթղթի ստորին հատվածում` Չեղարկել Թույլտվությունը տարբերակը և այն ուղարկել փոստով կամ առաքել հետևյալ հասցե`

Կոնտակտային անձ	Գործակալության անվանում
Հասցե	Քաղաքը, Նահանգը Փոստային ինդեքսը

Ես նաև հասկանում եմ, որ չեղարկումը հետևանքներ չի ունենա LACDMH-ի կամ որևէ առողջապահական ինստիտուտի մատակարարի համար` օգտագործելու կամ բացահայտելու առողջության մասին տեղեկատվությունը սույն Թույլտվության հիման վրա նախկին վստահության կամ օրենքով թույլատրելի այլ պատճառներով:

Պայմաններ` Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ հրաժարվել ստորագրել սույն Թույլտվությունը` որը չի ազդի բուժում ստանալու իմ կարողության վրա: Այդուհանդերձ, LACDMH-ը կարող է պայմանավորել հետազոտության հետ կապված բուժման տրամադրումն այդ հետազոտության հետ կապված բուժման համար ստեղծված` պաշտպանված առողջական տեղեկատվության օգտագործման կամ բացահայտման թույլտվություն ստանալու հետ: (Այլ կերպ ասած, եթե սույն Թույլտվությունը կապված է հետազոտությունների հետ, որոնք ներառում են բուժում, դուք չեք ստանա այդ բուժումը, քանի դեռ սույն Թույլտվության ձևը ստորագրված չէ):

Ես հնարավորություն եմ ունեցել վերանայել և հասկանալ սույն Թույլտվության ձևաթղթի բովանդակությունը: Ստորագրելով սույն Թույլտվությունը` ես հաստատում եմ, որ այն ճշգրտորեն արտացոլում է իմ ցանկությունները:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Հաճախորդի/Օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ
Եթե ստորագրված է այլ անձի կողմից, ոչ Հաճախորդի, նշեք հարազատության աստիճանը և լիազորությունը`	
<input checked="" type="checkbox"/>	

ԹՈՒՅԼՏՐՈՒԹՅԱՆ ՉԵՂԱՐԿՈՒՄ

Հաճախորդի անունը	
Հաճախորդի/Օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ
Եթե ստորագրված է այլ անձի կողմից, ոչ Հաճախորդի, նշեք հարաբերությունները և լիազորությունը` Անունը` տպագիր _____	
Հարաբերություններ և լիազորություն` _____	