

សេចក្តីយល់ព្រមថត រូប/សម្លេង

អតិថិជន* ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវ** បានយល់ព្រមឱ្យ៖

ថត

មន្ទីរព្យាបាល និង/ឬកម្មវិធីព្យាបាល ឬ ក្រុមព្យាបាល និង/ឬ ឈ្មោះបុគ្គលិកសុខាភិបាល

- ☐ រូបភាព (ពាក្យថាថតនៅក្នុងសេចក្តីយល់ព្រមនេះមានរាប់បញ្ចូលនូវ រូបមានកាយវិការ រូបថតសន្លឹកគ្រប់បែបបទ ថតវីដេអូ ឬ អ្វីៗទៀតដែលប្រើបច្ចេកទេសចម្លង និង បង្កើតរូបភាពឡើងវិញ)
- ☐ ថតសម្លេង

អ្នកចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- យល់ព្រមថា រូបថត/សម្លេង ដែលថតចម្លងនេះធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណង៖
☐ សិក្សា និងសង្ខេប ☐ អត្តសញ្ញាបណ្ណអ្នកជំងឺ
☐ ស្រាវជ្រាវ (ត្រូវមានការយល់ព្រមពីគណៈកម្មការនៃក្រសួងស្រាវជ្រាវមនុស្សជាតិ)
☐ ការបោះពុម្ពផ្សាយ ទំនាក់ទំនងជាសាធារណៈ លើទំព័រកុំព្យូទ័រ និង/ឬកម្មវិធីប្រាក់បង្កើនថវិកា (តម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមលើក្រដាសបំពេញលេខ MH 602)
☐ ចែកចាយរឿងផ្ទាល់ខ្លួនដែលមានទាក់ទងទៅនឹងភាពជោគជ័យនៃការព្យាបាលជំងឺសតិ (តម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមលើក្រដាសបំពេញលេខ MH 677 ដែលបានទទួលពីនាយកក្រុងកសាព្យាបាល ហើយត្រូវមានគម្រោងច្បាស់លាស់ថាតើរឿងផ្ទាល់ខ្លួនអាចពិពណ៌នាចែកចាយបានដល់កម្រិតណា)
- អ្នកលះបង់សិទ្ធិទាំងអស់ពីការទាមទារកម្រៃនៃការប្រើប្រាស់ រូបថត/សម្លេងអ្នក
- យោងទៅលើការយល់ព្រមរបស់អ្នកលើក្រដាសបំពេញនេះ អ្នកនឹងមិនចាប់ឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលទទួលខុសត្រូវ ដោយធ្វើការប្តឹងផ្តល់ ដោយសារតែមានបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់ ឬចង់ទាមទារប្រាក់កម្រៃអំពីកិច្ចការទាំងអស់នេះឡើយ

ហត្ថលេខាអតិថិជន*

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ហត្ថលេខាអ្នកទទួលខុសត្រូវ**

ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ហត្ថលេខាសាក្សី/អ្នកបកប្រែ***

សេចក្តីយល់ព្រមនេះបានបកប្រែជាភាសា _____ សម្រាប់អតិថិជន និង/ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវ។

បើសិនជាអតិថិជន និង/ឬ អ្នកទទួលខុសត្រូវចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីយល់ព្រមដែលមានភាសាផ្សេង ត្រូវដាក់ភ្ជាប់សេចក្តីយល់ព្រមភាសាអង់គ្លេសជាមួយគ្នា។

អ្នកចុះហត្ថលេខា ☐ បានទទួល ☐ បានបដិសេធនូវសំណើនៃសេចក្តីយល់ព្រមនេះនៅ _____ ដោយ _____ ។

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

ហត្ថលេខាសង្ខេប

បុគ្គលិកត្រូវបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះបើហត្ថលេខាចុះដោយជនមិនពេញវ័យ ឬក៏គ្មានហត្ថលេខាពីអតិថិជន ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវ

☐ អតិថិជនយល់ព្រមសុខចិត្តអនុញ្ញាតឱ្យ ថតរូប /សម្លេងចម្លង ប៉ុន្តែមិនសុខចិត្តចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីយល់ព្រមនេះទេ។

☐ ខ្ញុំបានបំពេញ ឬមានហេតុបណ្តាលឱ្យខ្ញុំជួយបំពេញឱ្យ ដល់អ្នកមិនទាន់ពេញវ័យ (Consent of Minor form) វ័យពី ១២ ទៅ ១៨ឆ្នាំ ដោយគ្មានមាតាបិតា

ឬអ្នកអាណាព្យាបាលអនុញ្ញាតលើសេចក្តីយល់ព្រម។

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក

ថ្ងៃខែឆ្នាំ

* ជនមិនទាន់ពេញវ័យដែលបានចុះហត្ថលេខាទទួលសេវារបម្រើដោយខ្លួនឯង ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើក្រដាសសេចក្តីយល់ព្រមនៃជនមិនទាន់ពេញវ័យ (Consent of Minor form) រួចហើយត្រូវទុកក្រដាសនេះនៅក្នុងឯកសារព្យាបាល។

** អ្នកទទួលខុសត្រូវ = អាណាព្យាបាល អ្នកគ្រប់គ្រង ឬមាតាមិតា នៃជនមិនទាន់ពេញវ័យ នៅពេលតម្រូវ។

*** សាក្សី/អ្នកបកប្រែ = អ្នកដែលបានឃើញចុះហត្ថលេខាលើក្រដាស (អាចជាបុគ្គលិក ឬអ្នកផ្សេងទៀត) ឬអ្នកដែលបានបកប្រែក្រដាសបំពេញនេះទៅជាភាសាមួយទៀតសម្រាប់អតិថិជន (ត្រូវតែបញ្ចូលភាសាបកប្រែទៅក្នុងនេះ)។

ព័ត៌មានសម្ងាត់នេះ ផ្តល់ជូនលោកអ្នកតាមច្បាប់បញ្ញត្តិរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដោយរួមមាន ចំនុចមិនកំណត់ចំពោះតែកិច្ចប្រតិបត្តិ ច្បាប់សង្គមកិច្ច និងសុវិវល និងបទដ្ឋានភាពសម្ងាត់ HIPAA ដែលចូលជាធរមាន។ យើងបាមាផ្តាច់ចំពោះការចម្លងព័ត៌មានចេញពីឯកសារព្យាបាល បើគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក់អក្សរពីអតិថិជន ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវលើកលែងតែបានអនុញ្ញាតតាមច្បាប់។ អ្នកត្រូវបំពេញចោលឯកសារចម្លងទាំងនេះ បន្ទាប់ពីគោលបំណងនៃសំណើបានចប់សព្វគ្រប់។

ឈ្មោះ៖ _____ លេខខ្លួន៖ _____
មន្ទីរព្យាបាល៖ _____ សេវាមន្ទីរលេខ៖ _____
ខោនធី Los Angeles - ក្រសួងសុខាភិបាល

សេចក្តីយល់ព្រមថត រូប/សម្លេង