

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី LOS ANGELES
ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

អតិថិជន៖

ឈ្មោះអតិថិជន/ឈ្មោះពីមុន ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខអតិថិជន

ឈ្មោះអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ (ប្រសិនបើមាន)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

អនុញ្ញាត៖

ការប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) ទៅ៖

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព/ផ្សេងៗ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង លេខកូដតំបន់របស់រដ្ឋ

ទីក្រុង លេខកូដតំបន់របស់រដ្ឋ

ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញ៖

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ការប៉ាន់ប្រមាណ/ការវាយតម្លៃ | <input type="checkbox"/> លទ្ធផលតេស្តផ្លូវចិត្ត | <input type="checkbox"/> ការធ្វើវិភាគវិនិច្ឆ័យ |
| <input type="checkbox"/> លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ | <input type="checkbox"/> ថ្នាំ | <input type="checkbox"/> កំណត់ចំណាំការព្យាបាល/ដំណើរវិវត្ត |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាទាំងមូល | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ | |

កំណត់ចំណាំ៖ ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ និង/ឬព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជ ឬសុខភាពផ្លូវភេទ នឹងមិនត្រូវបានបង្ហាញឡើយ លើកលែងតែមានការស្នើសុំជាពិសេសដោយធាតុប្រអប់នៅទីនេះ៖

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង | <input type="checkbox"/> ការប្រើប្រាស់ធាតុញៀន | <input type="checkbox"/> មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ |
| <input type="checkbox"/> ការរំលូតកូន | <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពបន្តពូជ | |

កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញកំណត់ត្រាសម្រាប់រយៈពេលដូចខាងក្រោម៖ ពី _____ ដល់ _____

វិធីសាស្ត្រនៃការប្រគល់កំណត់ត្រាដែលបានស្នើសុំ៖ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ

- សំបុត្រ ទៅយក អ៊ីមែលទៅ៖ _____

គោលបំណងនៃការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញព័ត៌មាន៖ (ធីកប្រភេទដែលពាក់ព័ន្ធ)

- អតិថិជន សំណើ ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)៖ _____

ខ្ញុំយល់ថាការបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI របស់ខ្ញុំ អាចនាំឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានជាថ្មីដោយគ្មានការអនុញ្ញាត ហើយព័ត៌មានអាចមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ខ្ញុំយល់ថានៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California អ្នកទទួលព័ត៌មាន PHI ក្រោមការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI ឡើងវិញនោះទេ លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមការតម្រូវជាក់លាក់ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញ ព័ត៌មាននេះប្រហែលជាមិនអាចប្រមូលមកវិញបានទេ។

កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖

លើកលែងតែត្រូវបានដកហូតដោយអ្នកជំងឺ បើមិនដូច្នោះទេ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពដល់បុគ្គល/អង្គការដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះនឹងផុតកំណត់ដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 1 ឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា ឬនៅថ្ងៃ ឬនៅពេលដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម ពោលគឺមួយណាដែលកើតឡើងមុន។
 ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់ ___/___/___ ឬ _____ នៅពេល
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ នៅពេល

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី LOS ANGELES
ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

សិទ្ធិរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុញ្ញាតនេះ៖

សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាត - ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំយល់ព្រមចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ដែលខ្ញុំមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើនោះឡើយ ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ឱ្យនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារួច។

សិទ្ធិដកហូតការអនុញ្ញាត - ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បាន តាមរយៈការជូនដំណឹងដល់ LACDMH ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ខ្ញុំអាចប្រើការដកហូតការអនុញ្ញាតនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទម្រង់បែបបទនេះ ហើយផ្ញើសំបុត្រ ឬបញ្ជូនការដកហូតនេះទៅកាន់៖

| បុគ្គលដែលអាចទាក់ទងបាន | ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ |
|---|---|
| <p>អាសយដ្ឋាន</p> <p>ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថាការដកហូតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ LACDMH ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយក្នុងការប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពសម្រាប់ហេតុផលទាក់ទងនឹងការពឹងផ្អែកពីមុនលើការអនុញ្ញាតនេះ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឡើយ។</p> <p>លក្ខខណ្ឌ៖ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួល បានការព្យាបាលឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ LACDMH អាចមានលក្ខខណ្ឌក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ លើការទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងសម្រាប់ការ ព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវនោះ។ (និយាយម្យ៉ាងទៀត ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតនេះទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវដែលរួមបញ្ចូល ការព្យាបាល អ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលនោះបានទេ លើកលែងតែមានការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតនេះ។)</p> <p>ខ្ញុំមានឱកាសពិនិត្យមើល និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតនេះ។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ មានន័យថាខ្ញុំកំពុងបញ្ជាក់ថាវាឆ្លុះបញ្ចាំងយ៉ាងត្រឹមត្រូវអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំ។</p> | <p>ទីក្រុង លេខកូដតំបន់របស់រដ្ឋ</p> <p align="right">X</p> <hr/> <p>កាលបរិច្ឆេទ</p> |
| <p>X</p> | <p>X</p> |
| <p>ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់</p> | <p>កាលបរិច្ឆេទ</p> |
| <p>ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីអតិថិជន ទំនាក់ទំនងរដ្ឋ និងអាជ្ញាធរ៖</p> | <p></p> |
| <p>X</p> | <p></p> |

ការដកហូតការអនុញ្ញាត

| | |
|--|--------------------|
| <p>ឈ្មោះអតិថិជន</p> | |
| <p>ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់</p> | <p>កាលបរិច្ឆេទ</p> |
| <p>ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីអតិថិជន សូមសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងទំនាក់ទំនងរដ្ឋ និងអាជ្ញាធរ។</p> | |
| <p>ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព៖ _____</p> | |
| <p>ទំនាក់ទំនង និងអាជ្ញាធរ៖ _____</p> | |