

សំណើសុំការចូលមើល/ត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់អតិថិជន
នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី LOS ANGELES (“LACDMH”)

អតិថិជន:

ឈ្មោះអតិថិជន

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអតិថិជន

លេខសម្គាល់អតិថិជន#

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

☐ សំណើសុំចូលមើល និងត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ “នៅទីស្នាក់ការ”

☐ សំណើសុំធ្វើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំតាមអ៊ីមែល

☐ សំណើសុំធ្វើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំតាមសំបុត្រ

☐ សំណើសុំមកយកច្បាប់ចម្លង នៅ:

ព័ត៌មានដែលត្រូវបានចូលមើល ឬត្រួតពិនិត្យ:

☐ ការប៉ាន់ប្រមាណ/ការវាយតម្លៃ

☐ លទ្ធផលការធ្វើតេស្តផ្នែកចិត្តវិទ្យា

☐ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

☐ លទ្ធផលពិសោធន៍

☐ ថ្នាំ

☐ កំណត់ត្រាព្យាបាល
និងដំណើរការ

☐ កំណត់ត្រាទាំងមូល

☐ ផ្សេងទៀត (ចូរបញ្ជាក់): _____

☐ សំណើសុំកម្មវិធីនៃសេវាកម្មទាំងអស់

☐ សំណើសុំកម្មវិធីនៃសេវាកម្មជាក់លាក់មួយ

(ចូរបញ្ជាក់) _____

រយៈពេលត្រួតពិនិត្យ៖ ខ្ញុំស្នើសុំព័ត៌មានសម្រាប់រយៈពេលដូចតទៅ៖

ពី _____ / _____ / _____ ដល់ _____ / _____ / _____
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

☐ សេចក្តីសង្ខេបអំពីសំណើសុំព័ត៌មានសុខភាពដែលបានស្នើ

សំណើសុំការចូលមើល/ត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់អតិថិជន
នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី LOS ANGELES (“LACDMH”)

សិទ្ធិរបស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសំណើសុំចូលមើលនេះ៖

សិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសំណើសុំនេះ - ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ជូននូវច្បាប់ចម្លងដែលមាន
ហត្ថលេខានៃទម្រង់បែបបទនេះ។

សិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំពិនិត្យឡើងវិញនៃការបដិសេធការចូលមើល - ខ្ញុំយល់ថា DMH អាចបដិសេធសំណើរបស់ខ្ញុំ
ក្នុងការចូលមើលព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទាំងស្រុង ឬផ្នែកខ្លះ។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានបដិសេធការចូលមើល
ខ្ញុំអាចស្នើសុំពិនិត្យឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចនោះ ដោយការដាក់បញ្ជូន
សំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញនៃការបដិសេធការចូលមើល។ នៅក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន DMH
នឹងចាត់តាំងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពម្នាក់ផ្សេងទៀត ដែលមិនមានការ
ចូលរួមដោយផ្ទាល់ក្នុងការសម្រេចចិត្តបដិសេធការចូលមើល ដើម្បីអនុវត្តការពិនិត្យឡើងវិញលើកទី
ពីរលើសំណើរបស់អ្នក

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន៖ _____

ឬ

ហត្ថលេខារបស់តំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីអតិថិជន សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនង
និងសិទ្ធិអំណាចក្នុងការចុះហត្ថលេខា៖

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

សំណើសុំការចូលមើល/ត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់អតិថិជន
នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី LOS ANGELES (“LACDMH”)

ប្រភេទឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណដែលបានផ្តល់៖

- ☐ បណ្ណបើកបររបស់រដ្ឋ _____
- ☐ បណ្ណសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់រដ្ឋ _____
- ☐ សំបុត្រកំណើត _____
- ☐ បណ្ណសម្គាល់អត្តសញ្ញាណយោធា _____
- ☐ ផ្សេងទៀត (ចូរផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត) _____

មន្ទីរពេទ្យ៖ _____

គ្រូពេទ្យ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ / _____ / _____
 ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិឯកជនភាពនៃសុខភាពរបស់អ្នក សូមស្នើសុំក្រុមព្យាបាលនូវច្បាប់ចម្លងនៃ **សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព** របស់យើង។ អ្នកក៏អាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងផងដែរ ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> ឬដោយផ្ញើសំណើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់៖

Office of Patient's Rights
Los Angeles County Department of Mental Health
510 S. Vermont Ave., 21st Floor
Los Angeles, CA 90020

ទូរសព្ទ៖ (800) 700-9996 ទូរសារ៖ (213) 330-0285

សូមអរគុណសម្រាប់ការផ្តល់ឱកាសជូនយើងខ្ញុំក្នុងការបម្រើសេវា និងកែលម្អភាពត្រឹមត្រូវ និងភាពពេញលេញនៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងទន្ទឹងរង់ចាំបន្តបម្រើសេវាកម្មសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជានិច្ច។