



**Լոս Անջելեսի շրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն
և Առողջապահական տեղեկատվության փոխանակման (HIE) տվյալների փոխանակման կարգավիճակի
փոփոխություն**

HIE-ի տվյալների փոխանակման կարգավիճակի փոփոխություն

Խնդրում ենք օգտագործել այս ձևը **միայն** այն դեպքում, եթե ցանկանում եք **փոխել** ձեր ներկայիս կարգավիճակը՝ թույլատրելու կամ սահմանափակելու Առողջապահական տեղեկատվության փոխանակման (HIE) միջոցով ձեր տվյալների փոխանակումը այն բուժաշխատողների հետ, որոնք ձեզ հետ ունեն հետազոտման կամ բուժման հետ կապված մասնագիտական հարաբերություն:

Կարգավիճակի փոփոխության ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվ՝ _____ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)

Ստորև նշված տարբերակներից ընտրեք մեկը՝

☐ **ՀՐԱԺԱՐՎՈՒՄ ԵՄ (OPT-OUT).** ԵՍ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ՉԵՄ, որ իմ անձնական առողջապահական տեղեկությունը փոխանակվի Առողջապահական տեղեկատվության փոխանակման (HIE) համակարգում:

☐ **ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒՄ ԵՄ (OPT-IN).** ԵՍ ԱՅժՄ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ, որ իմ անձնական առողջապահական տեղեկությունը փոխանակվի Առողջապահական տեղեկատվության փոխանակման (HIE) համակարգում: Սա կարող է ներառել նաև այսօրվա ամսաթվից առաջ գրանցված համապատասխան առողջապահական տեղեկությունները:

Հաստատումներ և ստորագրություններ Հաստատումներ և ստորագրություններ

Հաճախորդի ստորագրություն*	Հաճախորդի անուն՝	Ամսաթիվ՝
Պատասխանատու չափահասի ստորագրություն**	Հաճախորդի հետ կապը՝	Ամսաթիվ՝
Վկայի / թարգմանչի ստորագրություն***	Թարգմանության լեզու՝	Ամսաթիվ՝

* Անչափահաս հաճախորդ. Եթե անչափահաս հաճախորդը ծառայություններ է ստանում իր իսկ ստորագրությամբ, նրա կլինիկական գործում պետք է առկա լինի ստորագրված «Անչափահասի համաձայնության» ձևը:

** Պատասխանատու չափահաս. խնամակալ, հոգաբարձու կամ անչափահասի ծնող՝ օրենքով պահանջվող դեպքերում:

*** Վկա/թարգմանիչ. անձ, որը վկա է եղել ձևի ստորագրմանը (աշխատակից կամ այլ անձ) ԿԱՄ հաճախորդի համար սույն ձևը թարգմանել է այլ լեզվով:

Սույն գաղտնի տեղեկությունը տրամադրվում է ձեզ՝ նահանգային և դաշնային օրենքներին ու կանոնակարգերին համապատասխան, ներառյալ, սակայն չսահմանափակվելով, կիրառելի Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգրքի, Զաղաքացիական օրենսգրքի և HIPAA-ի գաղտնիության չափանիշների պահանջները: Այս տեղեկատվության պատճենահանումը՝ հետագա բացահայտման նպատակով, արգելվում է առանց այն հաճախորդի/փազորված ներկայացուցչի նախնական գրավոր թույլտվության, որին այն վերաբերում է, եթե օրենքով այլ բան թույլատրված չէ: Սույն տեղեկությունը պետք է ոչնչացվի սկզբնական հարցման մեջ նշված նպատակը կատարվելուց հետո:

Անուն՝ _____ ՀԾՀ՝ _____

Գործակալություն՝ _____ Ծառայություն/մատուցողի համար՝ _____

Լոս Անջելեսի վարչաշրջան. Հոգեկան առողջության վարչություն