



នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី **Los Angeles**
ការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព (HIE) ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពនៃការថែកវិលក

ការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពនៃការថែកវិលក HIE		
សូមប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះ តែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីអនុញ្ញាត ឬដាក់កម្រិតការថែកវិលកព័ត៌មានសុខភាព (HIE) ជាមួយគ្រូពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងការធ្វើតេស្ត ឬការព្យាបាលជាមួយអ្នក។ កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព៖ _____ (MM/DD/YYYY) ជ្រើសរើសជម្រើសណាមួយខាងក្រោម៖ ☐ បដិសេធ៖ ខ្ញុំមិនយល់ព្រមឱ្យមានការថែកវិលកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព (HIE) ទេ។ ☐ យល់ព្រមចូលរួម៖ ឥឡូវនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យមានការថែកវិលកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព (HIE)។ នេះអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពពាក់ព័ន្ធដែលបានកត់ត្រាមុនកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ។		
ការទទួលស្គាល់ និងហត្ថលេខា		
ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ*៖	ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
ហត្ថលេខារបស់មនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ**៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
ហត្ថលេខារបស់សាក្សី / អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់***៖	ភាសាដែលបានបកប្រែ៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

* អ្នកជំងឺជាអតិថិជន៖ អ្នកជំងឺជាអតិថិជនដែលទទួលបានសេវាកម្មក្រោមហត្ថលេខាផ្ទាល់ខ្លួន ត្រូវតែមានទម្រង់ការយល់ព្រមពីអតិថិជនដែលបានចុះហត្ថលេខាដែលបានរក្សាទុកក្នុងឯកសារកំណត់ត្រាគ្លីនិក។

** មនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ៖ អាណាព្យាបាល អ្នកថែទាំ ឬមាតាបិតារបស់អតិថិជន នៅពេលដែលគម្របដោយច្បាប់។

*** សាក្សី/អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់៖ បុគ្គលដែលបានធ្វើជាសាក្សីក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ (បុគ្គលិក ឬអ្នកផ្សេងទៀត) ឬបានបកប្រែទម្រង់នេះទៅជាភាសាផ្សេងសម្រាប់អ្នកជំងឺ។

តើមានសម្ងាត់នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នក ប្របកម្មច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្តបាន រួមមាន កុំផ្លិចនៃកំណត់ត្រាចិត្ត បទប្បញ្ញត្តិពាក់ព័ន្ធនៃច្បាប់អំពីសុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ច្បាប់រដ្ឋប្បវេណី និងស្តង់ដារឯកជនភាពរបស់ HIPAA។ ការធានាថាព័ត៌មាននេះ ដើម្បីបញ្ចេញ បង្ហាញឱ្យយល់ ត្រូវបានហាមឃាត់ ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុនពីអ្នកជំងឺ ឬគំណាងដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដែលព័ត៌មាននេះពាក់ព័ន្ធ លើកលែងតែច្បាប់អនុញ្ញាតជាផ្សេង។ ត្រូវចង្អាញព័ត៌មាននេះ ចម្លាប់ពីគោលចំណងដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងសំណុំដើមត្រូវបានចាំបាច់ឱ្យបានល្អ។	ឈ្មោះ៖ _____ លេខសម្គាល់៖ _____ ភ្នាក់ងារ៖ _____ លេខអ្នកផ្តល់សេវា៖ _____ ខោនធី Los Angeles — នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត
--	---