



ការអនុញ្ញាតអោយប្រើប្រាស់ បង្ហាញ & ចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KHMER)

ខ្ញុំយល់ដូចខាងក្រោម:

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើប័ណ្ណនេះសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឲ្យបង្ហាញ និងចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក របស់ខ្ញុំ។ ការបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនឹងមិនប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរលើសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលសេវាថែទាំសុខភាព ឬសំណងលើសេវាឡើយ។ ករណីតែមួយដែលនៅពេលបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតអាចប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរលើសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលសេវាថែទាំសុខភាពគឺប្រសិនបើសេវាថែទាំសុខភាពទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ ឬក្នុងគោលបំណងផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពទៅនរណាម្នាក់តែម្យ៉ាង ហើយការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ ដើម្បីធ្វើការបើកបង្ហាញ។
- ថ្លៃចំណាយនានាអាចជាប់ទាក់ទងនឹងសំណើសុំនេះ។
- ព័ត៌មានដែលបានប្រើប្រាស់ ឬបើកបង្ហាញអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះអាចនឹងត្រូវបើកបង្ហាញម្តងទៀត ហើយមិនបិតនៅក្រោមការការពារនៃច្បាប់សហព័ន្ធទេ។ ទោះបីជាយ៉ាងក៏ដោយ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថាច្បាប់សហព័ន្ធ ឬច្បាប់រដ្ឋអាចរឹតបន្តឹងការបើកបង្ហាញម្តងទៀតនៃព័ត៌មានពីជំងឺអេដស៍/HIV/AIDS ជំងឺផ្លូវចិត្ត ព័ត៌មាននៃការធ្វើតេស្តហ្វេនិងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្រឿងញៀន/ជាតិអាល់កុល ការព្យាបាល ឬព័ត៌មានបញ្ជូន។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានលិខិតថតចម្លងនៃការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខា។
- ខ្ញុំអាចដកហូតលិខិតអនុញ្ញាតនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលណាក៏បាន។ បើខ្ញុំដកហូតនូវលិខិតអនុញ្ញាតនេះ ព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោមនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬ បើកបង្ហាញក្នុងគោលបំណងដូចដែលបានរៀបរាប់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរលើការអនុញ្ញាតទៀតឡើយ។ ករណីលើកលែងតែមួយគឺនៅពេលនៅពេលដែល Swedish បានចាត់វិធានការដោយពឹងផ្អែកលើការអនុញ្ញាតឬការអនុញ្ញាតត្រូវបានទទួល ជាលក្ខខណ្ឌនៃការធានារ៉ាប់រង។

សូមដាក់ ឬជកនូវការអនុញ្ញាតនេះនៅទីតាំងណាមួយក្នុងចំណោមទីតាំងទាំងនេះអាស្រ័យលើកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំ:

Swedish Medical Center
 Release of Information Department
 747 Broadway, Seattle, WA 98122
 ទូរស័ព្ទ: (206) 320-2626
 អ៊ីម៉ែល: ROI@swedish.org

Swedish Medical Group
 ទូរស័ព្ទ: (206) 320-3025
 ទូរស័ព្ទ: (425) 454-2935
 អ៊ីម៉ែល: smgroi-wa@cioxhealth.com

សំខាន់៖ មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Swedish មិនមានបោះពុម្ព ឬចេញផ្សាយលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺទៀតនោះទេ លើកលែងតែមានការចាំបាច់សម្រាប់ការចេញវិក័យប័ត្រ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ លេខសន្តិសុខសង្គមអាចនឹងត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងព័ត៌មានអ្នកជំងឺដែលមានអាយុច្រើនជាងពីរសិបឆ្នាំ។ ព័ត៌មានដែលអ្នកបានអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញអាចរួមបញ្ចូលទាំងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក។

កន្លែងព្យាបាល បុគ្គលិក មន្ត្រី និងគ្រូពេទ្យ គឺត្រូវរួចផុតពីបន្ទុកឬទំនួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានខាងលើទៅតាមកម្រិតដែលបានអនុញ្ញាត ឬបង្ហាញជូននៅក្នុងឯកសារនេះ។

Swedish Health Services និងដៃគូរបស់ខ្លួន មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាព និងសកម្មភាពរបស់ខ្លួនឡើយ។

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services.
 Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).
 ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
 Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).
 注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



SWEDISH

ការអនុញ្ញាតអោយប្រើប្រាស់ បង្ហាញ & ចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KHMER)

ខ្ញុំបានអនុញ្ញាតឱ្យ Swedish ប្រើនិងបើកចំហច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានសុខភាពជាក់លាក់ដែលបានពណ៌នាខាងក្រោម៖

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____

អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ៖ _____ ទូរស័ព្ទ៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺបកូដ៖ _____

ត្រូវបើកចំហចំពោះ៖ _____ ខ្លួនឯង ឬឈ្មោះអ្នកទទួល៖ _____

អាសយដ្ឋានអ្នកទទួល៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ ហ្សឺបកូដ៖ _____

ទូរស័ព្ទ៖ _____ ទូរសារ៖ _____ អ៊ីម៉ែល៖ _____

សូមធ្វើឯកសាររបស់ខ្ញុំតាមរយៈ៖ _____ MyChart _____ អ៊ីម៉ែល _____ ឌីស _____ ក្រដាស _____ ទូរសារ _____

ខ្ញុំស្នើសុំព័ត៌មានពីកន្លែងដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ (បញ្ជី) & លេខទូរស័ព្ទ	ឈ្មោះគ្លីនិក (លេខ) និងលេខទូរស័ព្ទ

សម្រាប់ជួរកាលបរិច្ឆេទពី៖ _____ ដល់៖ _____

សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬរូបសង្ខេបដូចខាងក្រោម៖ _____

ព័ត៌មានដែលនឹងត្រូវបានបង្ហាញ៖

ប្រវត្តិ & កាយសម្បទារ

របាយការណ៍រកកាត់

របាយការណ៍រោគវិនិច្ឆ័យ (មន្ទីរពិសោធន៍, កាំរស្មីអ៊ិច, EKG ជាដើម។)

ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)៖ _____

ខ្លឹមសារសង្ខេបពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

របាយការណ៍នាយកដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់

កំណត់សំគាល់ពីការវិវត្ត

សម្រាប់គោលបំណង៖ _____

លុះត្រាតែមានការដកហូត ការអនុញ្ញាតនេះផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃ ឬនៅកាលបរិច្ឆេទនេះ៖ _____

លក្ខខណ្ឌ៖ ការអនុញ្ញាតនេះនឹងពង្រីកដល់គ្រប់រូបភាពទាំងអស់នៃការធ្វើតេស្ត និង/ឬការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ជំងឺ AIDS ការឆ្លងមេរោគ HIV ការដឹកស្រាវនិង/ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន លក្ខខណ្ឌសុខភាពផ្លូវចិត្តព័ត៌មានប៉ះពាល់ផ្លូវអារម្មណ៍ផ្សេងទៀតបាន លុះត្រាតែមានការបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ពីខ្ញុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

(បោះពុម្ពបែបបទ និងចុះហត្ថលេខាដោយដៃ)

អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺ៖ _____

(បោះពុម្ពប្រុងបែបបទ និងចុះហត្ថលេខាដោយដៃ។ សូមបញ្ជាក់ឯកសារគាំទ្រ។)

ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកជំងឺ៖ _____



1ROI