

**Պահպանվող Առողջության Տեղեկության Օգտագործման
և Բացահայտման Թույլտվություն**

COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
Ամսաթիվ. _____
Գործի անունը. _____
Գործի համարը. _____
Աշխատողի անունը. _____
Աշխատողի ID. _____
Աշխատողի հեռախոսահամարը. _____
Հաճախորդի ID. _____

ԱՅՍ ՁԵՎԻ ՆՊԱՏԱԿԸ. Այս ձևը խնդրում է ձեր համաձայնությունը, որպեսզի թույլատրեք Հասարակական
Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությանը (DPSS), ստանալ տեղեկություններ ձեր առողջության
մասին: DPSS-ը կօգտագործի այս տեղեկությունները, որոշելու համար ձեր նպաստները:

Եթե լրացնեք և ստորագրեք այս ձևը.

- Դուք համաձայն եք, որ ձեր բժիշկը կամ առողջապահական ծառայությունը կարող է ձեր առողջության
մասին տեղեկատվությունը տրամադրել DPSS-ին:
- DPSS-ը կարող է փոխանակել ձեր տվյալները:
- Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի փոխել ձեր միտքը:

Եթե որոշեք չստորագրել այս ձևը.

- Սա չի ազդի ձեր առողջապահական բուժման վրա:
- Դա կարող է ազդել ձեր DPSS- ի նպաստների վրա:

ԱԶԳԱՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆ ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

Ես թույլատրում եմ (խնդրում եմ նշել բոլորը, որոնք կիրառվում են).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic | <input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center: | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center |
| _____ | <input type="checkbox"/> JWCH, Inc. |
| <input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena | <input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center |
| <input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory
Care Center |
| <input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Center | <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center | <input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic |
| <input type="checkbox"/> Mission City Community Network | |
| <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center | |

Other: _____
FACILITY NAME STREET ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

Տրամադրել իմ առողջությանը վերաբերվող տեղեկությունը.

ՀԱՍԱՐԱՐԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ (DPSS) ԳՐԱՍԵՆՑԱԿԻ ԱՆՈՒՆԸ

ՀԱՍՑԵՆ. ՓՈՂՈՑ ՔԱՂԱՔ ՆԱՀԱՆԳ ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԱՌԱՔՄԱՆ ԿՈԴ

Այս թույլտվությունը վավեր է մինչև. ____/____/____.
ՎԵՐՋՆԱԺԱՄԿԵՏԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

Տեղեկություն, որը կարող է հրապարակվել (խնդրում ենք նշել բոլորը).

- Դուրսգրման ամփոփագիր
- Պատմություն և ֆիզիկական.
- Կոնսուլտացիա
- Օպերատիվ հաշվետվություն
- Ռադիոլոգիայի զեկույց
- Ռադիոլոգիական ֆիլմեր
- Լաբորատոր/Ախտորոշիչ թեստեր
- Բժշկական պրոգրեսիայով նշումներ
- Այլ (խնդրում ենք նշել). _____
- Հոգեկան հիվանդություն կամ հոգեկան առողջության գնահատում
- Թմրանյութի և/կամ ակոհոլի չարաշահման բուժում
- Ախտանշանային HIV/AIDS
- Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություն (ներ)
- EKG հաշվետվություն
- EEG հաշվետվություն
- Բժշկական պատմության ամփոփում/բուժում

Դուք իրավունքն ունեք այս ձևի պատճեն ստանալու: Եթե ստորագրեք այս ձևը, դուք կստանաք ստորագրված ձևի պատճեն:

Եթե հրաժարվում եք ստորագրել այս ձևը.

- Դա չի ազդի ձեր բուժաշխատողի կողմից տրամադրվող բուժման վրա:
- Այն կարող է ազդել, եթե դուք իրավունք ունեք ստանալու DPSS- ի նպաստներ:

_____ Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ, որ իմ առողջապահական գործակալությունը կարող է DPSS-ին տեղեկություններ տրամադրել իմ առողջության մասին: DPSS- ը կօգտագործի այս տեղեկատվությունը որոշելու համար նպաստների իմ իրավասությունը:

_____ Ես հասկանում եմ, որ DPSS- ը կարող է փոխանակել այն տեղեկատվությունը, որն օգտագործվում կամ հրապարակվում է, քանի որ ես ստորագրել եմ այս ձևը: Եթե դա տեղի ունենա, իմ տվյալները այլևս չեն պաշտպանվում դաշնային առողջության տեղեկատվության գաղտնիության օրենքով:

Ես հնարավորություն ունեցա վերանայել և հասկանալ այս ձևը: Ստորագրելով այստեղ, ես հաստատում եմ, որ դա իսկապես արտացոլում է իմ ցանկությունները:

USՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴԻԲԻՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՑՈՒՑՁԻ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԱՄՄԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

ՎԿԱՅԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ/ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏ ԱՄՄԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

ԵԹԵ ՓՈԽԵՔ ՁԵՐ ՄԻՏՔԸ

Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի փոխել ձեր միտքը: Այս ձևը լրացնելուց և ստորագրելուց հետո, եթե փոխեք ձեր միտքը, դուք պետք է DPSS- ին գրավոր տեղեկացնեք: Դուք կարող եք դա անել.

- Ստորագրելով Թույլտվության Չեղյալ Հայտարարումը:
- Այս ստորագրված ձևը փոստով ուղարկելով կամ տանելով հետևյալ հասցեով:

ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ՉԵՂՅԱԼ ՀԱՄԱՐՈՒՄ

Ես այստեղ հրաժարվում եմ իմ նախորդ տրված թույլտվությունից: Ես հասկանում եմ, որ DPSS- ը կարող է օգտագործել և տրամադրել առողջապահական տեղեկությունները, որ իմ բուժաշխատողն արդեն տրամադրել է DPSS- ին:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴԻԲՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՅՉԻ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԱՄՍԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)