Washington State Health Care Authority

ការអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមផ្ទះសុខភាព និងការយល់ព្រមចែករំលែកព័ត៌មាន

1 ការអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម

ខ្ញុំ, _____ , យល់ព្រមចូលរួមក្នុងកម្មវិធីផ្ទះសុខភាពជាមួយ _____
ឈ្មោះអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកទទួលផល ឈ្មោះអក្សរពុម្ពអ្នកដឹកនាំផ្ទះសុខភាព

_____ _____
ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលផល ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលផល កាលបរិច្ឆេទ

2 ការយល់ព្រមចែករំលែកព័ត៌មាន

ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺឯកជន និងមិនអាចផ្តល់ទៅអ្នកដទៃ លុះត្រាតែអ្នកយល់ព្រម ឬច្បាប់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ៉ាស៊ីនតោនដែលអាចអនុវត្តបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មាន។ អ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលអាចទទួល និងមើលឃើញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែគោរពច្បាប់ទាំងអស់នេះ។ នេះគឺជាការពិតប្រសិនបើព័ត៌មានរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ ច្បាប់ដាក់លាក់ផ្តល់ការការពារកាន់តែច្រើនពីព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកាមរោគ ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងភាពមិនប្រក្រតីនៃការប្រើសារធាតុពៀន។

ខ្ញុំយល់ព្រម ថាផ្ទះសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពីអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលរាយនៅលើពាក្យសុំសម្រាបសម្រួលការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏យល់ព្រមថាផ្ទះសុខភាព និងអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលរាយនៅលើពាក្យសុំអាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយគ្នា និងអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធក្នុងការគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាពាក្យសុំនេះជំនួសកន្ទុង ការអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមផ្ទះសុខភាព និងការយល់ព្រមចែករំលែកព័ត៌មានដែលខ្ញុំអាចចុះហត្ថលេខាពីមុន។ ខ្ញុំអាចផ្ទាស់ប្តូរចិត្ត ហើយដកការយល់ព្រមគ្រប់ពេលដោយចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំ**សេវាជ្រើសចេញ/បដិសេធពីការចូលរួមផ្ទះសុខភាព**ហើយផ្តល់សេវាទៅផ្ទះសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។

សូមកត់ចំណាំ ៖ ប្រសិនបើកំណត់ត្រារបស់អ្នក រួមបញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោមណាមួយ អ្នកក៏ត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះដើម្បីរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាទាំងនេះ។

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានអំពី (សូមដាក់អក្សរកាត់បន្ទាប់ពីអ្វីទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) ៖

_____សុខភាពផ្លូវចិត្ត _____លទ្ធផលតេស្ត អោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាល HIV/AIDS និង STD

កំណត់ចំណាំ ៖ ដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានសម្ងាត់ការព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង និងគ្រឿងញៀន អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំការបញ្ចេញដោយឡែកនៃ **ព័ត៌មាន (ROI) សម្រាប់សេវាបញ្ជាក ការប្រើប្រាស់សារធាតុ (SUD)**។

សូមចាប់ផ្តើមជម្រើសសមស្របខាងក្រោម។

ការយល់ព្រមនេះគឺមានសុពលភាព ៖ _____ ដរាបណាផ្ទះសុខភាពរបស់ខ្ញុំត្រូវការកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំសម្រាប់កម្មវិធីនេះ ឬ

_____ រហូតដល់ _____
កាលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍

ខ្ញុំអាចដកហូត ឬយកការយល់ព្រមនេះចេញគ្រប់ពេលផ្ទាល់មាត់ឬសរសេរ ប៉ុន្តែវានឹងមិនប៉ះពាល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានចែករំលែករួចរាល់ឡើយ។ ច្បាប់ចម្លងនៃពាក្យសុំនេះផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឱ្យចែករំលែកកំណត់ត្រា។

_____ _____
ឈ្មោះអក្សរពុម្ពរបស់អ្នកទទួលផល ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកទទួលផល

_____ _____
ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលផល ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកទទួលផល កាលបរិច្ឆេទ

_____ _____
ឈ្មោះអក្សរពុម្ពតំណាងស្របច្បាប់ (បើអាចអនុវត្តបាន) ទំនាក់ទំនងរបស់តំណាងស្របច្បាប់នឹងអ្នកទទួលផល

រាយអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូទៅទំព័រទីពីរ។

ឈ្មោះអក្សរពេញអ្នកទទួលផលផ្ទះសុខភាព

រាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលចូលរួម	**អ្នកទទួលផលផ្តល់ការយល់ព្រម**		**អ្នកទទួលផលដកការយល់ព្រម**	
	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	**ឈ្មោះជាអក្សរកាត់**	**កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)**	**ឈ្មោះជាអក្សរកាត់**
អតីតអង្គការសម្របសម្រួលការថែទាំ (CCO)/អ្នកដឹកនាំ				
អតីត CCO/អ្នកដឹកនាំ				

កាលបរិច្ឆេទត្រួតពិនិត្យការយល់ព្រមប្រចាំឆ្នាំ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	**ឈ្មោះអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ**	**ហត្ថលេខាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ**

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការចែករំលែកព័ត៌មានអ្នកទទួលផល និងជំណឹងការយល់ព្រម៖

1. តើអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូនឹងប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?
អ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូនឹងប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួល និងជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

2. តើព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំមកពីឯណា?
ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកមកពីកន្លែង និងអ្នកដែលបានផ្តល់អ្នកនូវការថែទាំសុខភាព ឬធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងពេលកន្លងមក។ ទាំងនេះរួមមានមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី មន្ទីរពិសោធន៍ ផែនការសុខភាពកម្មវិធី Washington Apple Health (Medicaid) និងក្រុមផ្សេងទៀតដែលចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព។ អ្នកអាចយកបញ្ជីកន្លែង និងមនុស្សទាំងអស់ដោយទូរសព្ទទៅ
អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

3. តើច្បាប់ និងវិធានការអ្វីខ្លះគ្របលើរបៀបព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវចែករំលែក?
ច្បាប់ និងបទបញ្ញត្តិដែលការពារព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នករួមមានជំពូក 70.02 RCW ក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ច្បាប់ទំនួលខុសត្រូវ និងសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាព (“HIPAA”), និងបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ 42 CFR ផ្នែកទី 2។

4. ប្រសិនបើខ្ញុំយល់ព្រម តើនរណាអាចទទួលបាន និងមើលឃើញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ?
ព័ត៌មានរបស់អ្នកអាចទទួលបាន ឬមើលឃើញដោយអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលអ្នកយល់ព្រមអាចទទួល និងមើលឃើញ។ ព័ត៌មានក៏អាចទទួលបាន ឬមើលឃើញនៅពេលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់អាចអនុវត្ត។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកដែលមិនមែនជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាធម្មតារបស់អ្នកទេ ដូចជាឱសថការីថ្មី មន្ទីរ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ព័ត៌មានមួយចំនួន ដូចជាផែនការសុខភាពអ៊ីដែលអ្នកបង់ប្រាក់ ឬឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាផ្ទះសុខភាពរបស់អ្នក អាចផ្តល់ទៅពួកគេ ឬអាចមើលឃើញដោយពួកគេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមលើអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាន មើលការជូនដំណឹងការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើង។

5. ចុះបើបុគ្គលម្នាក់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំមិនយល់ស្របឱ្យពួកគេប្រើវា?
ប្រសិនបើអ្នកគិតថាបុគ្គលម្នាក់ប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នកដោយមិនសមរម្យ ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលសំណុំរឿងរបស់អ្នក ឬទូរសព្ទមណ្ឌលសេវាអតិថិជនជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (MACSC) ខ្សែតតគិតថ្ងៃ តាមលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

6. តើខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូលើពាក្យសុំដោយរបៀបណា?
អ្នកអាចបន្ថែមឈ្មោះថ្មីទៅបញ្ជីគ្រប់ពេលដោយបន្ថែមព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូ និងបំពេញជួរឈរ “អ្នកទទួលផលផ្តល់ការយល់ព្រម” បន្ទាប់ទៅការបន្ថែម។ អ្នកអាចលុបបនរណាម្នាក់ដែលអ្នកលែងចង់រួមបញ្ចូលដោយបំពេញជួរឈរ “អ្នកទទួលផលដកការយល់ព្រម” បន្ទាប់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា/ដៃគូដែលបានបន្ថែមពីមុន។

7. ចុះបើខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់ខ្ញុំនៅពេលក្រោយ ហើយចង់ដកការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំវិញ?
អ្នកអាចបោះបង់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំគ្រប់ពេលដោយចុះហត្ថលេខាពាក្យសុំចេញពីការចូលរួមផ្ទះសុខភាព/បដិសេធសេវា ហើយផ្តល់វាទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលពាក្យសុំលើបណ្តាញ ឬដោយទូរសព្ទទៅ មណ្ឌលសេវាអតិថិជនជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ (MACSC) ខ្សែតតគិតថ្ងៃ តាមលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងជួយអ្នកបំពេញពាក្យសុំនេះបើអ្នកចង់។

កំណត់ចំណាំ ៖ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាចង់បោះបង់ការយល់ព្រម អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានព័ត៌មានរបស់អ្នករួចហើយមិនចាំបាច់ផ្តល់ព័ត៌មានរបស់អ្នកមកអ្នកវិញ ឬដកវាចេញពីកំណត់ត្រាទេ។

8. តើពេលណាខ្ញុំទទួលបានច្បាប់ចម្លងពាក្យសុំ ការអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួមផ្ទះសុខភាព និងការយល់ព្រមចែករំលែកព័ត៌មាន?
អ្នកអាចទទួលច្បាប់ចម្លងពាក្យសុំបន្ទាប់ពីអ្នកចុះហត្ថលេខាលើវា។