ကာကွယ်ထားသောကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များ (PHI) ကို အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် မျှဝေရန် အိုကလာဟိုမားစံချိန်ခွင့်ပြုချက်

နာမည် ______ မွေးသက္ကရာဇ် ______ Social Security # ______

လိပ်စာ ______ ဖုန်းနံပါတ် ______

အောက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များကို ______ သို့ထုတ်
PHI ထုတ်ဖော်မည့်လူပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်း၏နာမည်နှင့်လိပ်စာ

ပြန်ရန် ______ ကိုဤဥပဒေဖြင့်ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။
PHI ထုတ်ဖော်မည့်လူပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်း၏နာမည်နှင့်လိပ်စာ

မျှဝေရန်အချက်အလက်များ

☐ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာကုထုံးမှတ်စုများ (ဤအကွက်ကိုအမှန်ခြစ်ပါက အခြားအကွက်များခြစ်ရန်မလိုအပ်ပါ)
☐ ဆေးမှတ်တမ်းတစ်ခုလုံး ☐စိတ်ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ ☐မူးယစ်ဆေးဝါးအလွဲသုံးစားမှုမှတ်တမ်းများ
☐ ________________ နှင့်________________အကြားပြုစုထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များ
☐ ငွေတောင်းခံခြင်းဆိုင်ရာအချက်အလက် ______
☐ အခြား ______

အချက်အလက်အားအောက်ပါရည်ရွယ်ချက်(များ)အတွက်သာ ထုတ်ဖော်နိုင်သည် -

☐ Insurance ☐ဆက်လက်ကုသရန် ☐ဥပဒေရေးရာ ☐ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကိုယ်စားလှယ်၏ တောင်းဆိုချက်အရ
☐ ဤတောင်းဆိုချက်သည်မျိုးဆက်ပွားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စုံစမ်းစစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် တရားရေးဆိုင်ရာလုပ်ငန်းစဉ်နှင့်သက်ဆိုင်ပါသလား?(ထောက်ခံချက်ပုံစံလိုအပ်သည်)
☐ အခြား ______

ဤခွင့်ပြုချက်ကို ဆန္ဒအလျောက်လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့်နားလည်ပါသည် -

- ဖော်ပြထားသောရည်ရွယ်ချက်(များ)အတွက် အထက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ကျွန်ုပ်၏ PHI ကိုအသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခြင်းအား ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်ထုတ်ပြန်မှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်ကိုရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ အချက်အလက်အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ရန် ဤခွင့်ပြုချက်ကိုကျွန်ုပ်လက်မှတ်ရေးထိုးပါက ဤခွင့်ပြုချက်ကိုအချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။ ရုပ်သိမ်းခြင်းအားအချက်အလက်ဖော်ပြသည့် ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းထံစာဖြင့်ရေးသားရမည်ဖြစ်ပြီး အသုံးပြုထားပြီးဖြစ်သည့် သို့မဟုတ် ဖော်ထုတ်ထားပြီးဖြစ်သည့်အချက်အလက်များအပေါ်အကျိုးသက်ရောက်မည်မဟုတ်ပါ။
- ဤခွင့်ပြုချက်၏မိတ္တူကိုကျွန်ုပ်ရပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။
- ဤခွင့်ပြုချက်၏ရည်ရွယ်ချက်မှာ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက်တောင်းဆိုမှုတစ်ခု၏ပေးချေမှုကိုဆုံးဖြတ်ရန်မဟုတ်ပါက ဤခွင့်ပြုချက်ကိုလက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းသည်အကျိုးခံစားခွင့်၊ ကုသမှု၊ စာရင်းသွင်းခြင်း သို့မဟုတ် တောင်းဆိုမှုများပေးချေမှုအတွက် ကျွန်ုပ်၏အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ထိခိုက်မည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ဆေးဖက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များသည် အသဲယောင်အသားဝါရောဂါ၊ syphilis, gonorrhea, HIV သို့မဟုတ် AIDS စသည့်ရောဂါများအကန့်အသတ်မရှိပါဝင်နိုင်သော ကူးစက်နိုင်သည့်ရောဂါ နှင့်/သို့မဟုတ် မကူးစက်နိုင်သည့်ရောဂါများရှိကြောင်းညွှန်ပြနိုင်ပြီး စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာအခြေအနေများ သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲမှုများအတွက် ကုသမှုခံယူထားခဲ့ဖူးကြောင်း ညွှန်ပြနိုင်သည်။
- ကျွန်ုပ်၏ PHI ကိုထုတ်ဖော်ပြသသည့်ပုဂ္ဂိုလ်/အဖွဲ့အစည်းထံ စာရေးခြင်းဖြင့်ဤခွင့်ပြုချက်ကို အချိန်မရွေးပြောင်းလဲနိုင်ကြောင်းကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- ဤခွင့်ပြုချက်အပေါ်အခြေခံ၍ မျှဝေထားပြီးဖြစ်သည့် အချက်အလက်များကို ကန့်သတ်၍မရကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
- ခွင့်ပြုချက်နှင့်အညီအသုံးပြုထားသော သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ထားသောအချက်အလက်များသည် လက်ခံသူမှပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခြင်းခံရနိုင်ပြီး ကိုယ်ရေးကိုယ်တာစည်းမျဉ်းဖြင့်အကာအကွယ်ရှိမည်မဟုတ်တော့ပါ။
- Tulsa Health Department မှထွက်ခွာသွားသည်နှင့် ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များလုံခြုံမည်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ တောင်းဆိုထားသည့်အတိုင်းကျွန်ုပ်ထံနေဖြန့်ပြီးနောက် ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ရန်အတွက် Tulsa Health Department တွင်တာဝန်မရှိပါ။

နုပ်သိမ်းခြင်းသို့မဟုတ် အခြားနည်းဖြင့်ဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက ဤခွင့်ပြုချက်၏အလိုအလျောက်သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်မှာ ကျွန်ုပ်၏န လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့မှတစ်နှစ်ထိဖြစ်လိမ့်မည် -

လူနာသို့မဟုတ်တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏လက်မှတ် ______ ရက်စွဲ ______

တရားရေးကိုယ်စားလှယ်၏အာဏာပိုင်ရှင်းလင်းချက် ______ သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက် (လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့မှတစ်နှစ်ထက်ပိုကြာပါက သို့မဟုတ် ဖော်ပြခြင်းမရှိပါက)