

ការចុះឈ្មោះនៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health

ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានថែទាំសុខភាព

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមដូចតទៅនេះ

ទាក់ទងនឹងការចុះឈ្មោះរបស់កូនខ្ញុំនៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមសាលារបស់ Greater Portland Health (“the GPH School Health Center”) និងការបង្ហាញព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធ៖

- ខ្ញុំបានទទួល និងអានសេចក្តីជូនដំណឹងរបស់មណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ស្តីអំពីការអនុវត្តព័ត៌មានសុខភាព ដែលផ្តល់ដំបូន្មានទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញដែលអាចត្រូវបានធ្វើឡើងពីព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ ស្របតាមស្តង់ដាររក្សាការសម្ងាត់របស់ HIPAA ។
- ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ក្នុងការចូលប្រើកំណត់ត្រាសុខភាពសាលារបស់កូនខ្ញុំ រួមបញ្ចូលទាំង ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះតែ កំណត់ត្រានៃកាយសម្បទា អាកប្បកិរិយា និងការប្រឹក្សាប្រសិនបើមាន និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធណាមួយ សម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងនឹងការព្យាបាល ឬតាមការតម្រូវ ឬបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយមណ្ឌលសុខភាព GPH ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ផ្តល់ជូនសាលា (រួមទាំងគិលានុបដ្ឋយិកា និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច) នូវព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH តាមភាពចាំបាច់ និងសមស្របសម្រាប់គោលបំណងទាក់ទងនឹងការព្យាបាល ឬតាមការតម្រូវ ឬបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយ Greater Portland Health ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ចែករំលែកព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រានៃមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH (រួមទាំងកំណត់ត្រាសុខភាពសាលា ប្រសិនបើរួមបញ្ចូលនៅក្នុងកំណត់ត្រានៃមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH) ជាមួយគ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មព្យាបាលដទៃទៀត រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ទន្តពេទ្យ និងអ្នកជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់កូនរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបឋម ទន្តពេទ្យ និងអ្នកជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត (“អ្នកផ្តល់សេវាកម្មភាគីទីបី”) របស់កូនខ្ញុំ ផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាព និងកំណត់ត្រាដល់មណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដោយមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH សម្រាប់កូនរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចត្រូវបានស្នើសុំដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពភាគីទីបី ឱ្យអនុវត្តការអនុញ្ញាតដាច់ដោយឡែក ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការបង្ហាញព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភាគីទីបី។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH បង្ហាញព័ត៌មានអំពីកំណត់ត្រាមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH ដែលចាំបាច់សម្រាប់អ្នកធានាចេញវិក្កយបត្រ ឬអ្នកបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមដែល៖ (i) ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា លុះត្រាតែមានការផ្តល់ជូនរយៈពេលខ្លីជាងនេះនៅក្នុងឯកសារនេះ ហើយ (ii) ខ្ញុំអាចដកហូតការអនុញ្ញាតនេះបានគ្រប់ពេល ដោយដាក់ជូនសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការដកការអនុញ្ញាត លើកលែងតែវិសាលភាពដែលមណ្ឌលសុខភាពនៅសាលារបស់ GPH បានពឹងផ្អែកទៅលើកាលពីការយល់ព្រមដំបូង។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អណាព្យាបាល៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សរសេរឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____