

ការយល់ព្រម CONSENT

សេចក្តីជូនដំណឹងដល់អតិថិជន៖ ក្រសួងសុខាភិបាល (DSHS) អាចជួយអ្នកបានកាន់តែប្រសើរឡើង បើយើងអាចមានលទ្ធភាពធ្វើការ ជាមួយទីភ្នាក់ងារ...

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អតិថិជន: ឈ្មោះ: ថ្ងៃខែកំណើត: លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ:

អាសយដ្ឋាន: ក្រុង: រដ្ឋ: ស៊ីធី:

លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខតំបន់): ព័ត៌មានផ្សេងទៀត:

ការយល់ព្រម: ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានលាក់ការអំពីខ្ញុំនៅក្នុងក្រសួង DSHS ដើម្បីធ្វើផែនការ ផ្តល់និងសម្របសម្រួលសេវា ការព្យាបាល ការរង់ចាំ និងការរៀបចំផ្សេងៗសំរាប់ខ្ញុំ...

ខ្ញុំអនុញ្ញាតនិងយល់ព្រមឲ្យចែកចាយឯកសារនិងព័ត៌មានដូចតទៅនេះ (ចូរគូសយកប្រអប់ទាំងឡាយដែលត្រូវសភាពការណ៍): គ្រប់ឯកសារអតិថិជនរបស់ខ្ញុំ ឯកសារទាំងអស់ដែលមានរាយនាមក្នុងបញ្ជីភ្ជាប់មកជាមួយនេះ...

សូមកត់ត្រាចំណាំ: បើឯកសារអតិថិជនរបស់អ្នកមានបញ្ហាសុខភាពព័ត៌មានដូចតទៅនេះណាមួយ អ្នកត្រូវតែបំពេញឯកសារនេះដើម្បីបញ្ជូនទៅក្នុងឯកសារទាំងអស់នោះផងដែរ។ ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបញ្ជូនឯកសារដូចតទៅនេះ (ចូរគូសយកប្រអប់ទាំងឡាយដែលត្រូវសភាពការណ៍): សុខភាពផ្លូវចិត្ត លទ្ធផលការធ្វើតេស្ត HIV/AIDS (អេដស៍) និង STD (ផ្សិតផ្លូវភេទ), រោគវិនិច្ឆ័យ, ឬការព្យាបាល សេវាការវិវត្តកម្មវិធីព្យាបាលការញៀនជាតិគីមី (CD)

- ការយល់ព្រមនេះអាចប្រើបាន រយៈពេលឆ្នាំ រហូតពេលណា DSHS ត្រូវការឯកសារ ឬ រហូតដល់ (ថ្ងៃខែប្រតិបត្តិការណ៍)
• ខ្ញុំអាចដកយកប្រអប់ចេញពីការយល់ព្រមនេះនៅពេលណាមួយក៏បានដោយសេរីដោយយល់ក្នុងចិត្តខ្លួនខ្ញុំចង់ចែកចាយឯកសារដែលបានចែកចាយរួចទៅហើយទេ។
• ខ្ញុំយល់ថា ឯកសារដែលបានចែកចាយនៅក្រោមការយល់ព្រមនេះ ប្រហែលមិនអាចការពារក្រោមច្បាប់របស់ក្រសួង DSHS ដែលបានប្រើនោះទេ។
• ក្រុមការងារព្យាបាលនេះគឺអាចយកជាភស្តុតាង ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែកចាយឯកសារ។

ហត្ថលេខា: ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ: ហត្ថលេខារបស់ការទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ/សាក្សី: ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ:

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងឡើយ (បើមាន): លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងលេខប្រចាំតំបន់): ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ:

បើខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកមានឈ្មោះនៅក្នុងកម្មបទនៃឯកសារទាំងនេះទេ ខ្ញុំត្រូវតែអនុញ្ញាតឲ្យចុះហត្ថលេខា ពីព្រោះខ្ញុំជា: (សូមភ្ជាប់កម្រិតស្របច្បាប់) ឪពុកម្តាយ អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់(ភ្ជាប់ដីកាតុលាការ) អ្នកតំណាងបុគ្គលផ្ទាល់ខ្លួន ផ្សេងៗទៀត:

សេចក្តីជូនដំណឹងចំពោះអ្នកទទួលព័ត៌មាន: បើឯកសារទាំងអស់នេះមានព័ត៌មានអំពីការផ្ទុកមេរោគ HIV, STDs, ឬ AIDS, អ្នកប្រហែលមិនអាចបញ្ជូន ព័ត៌មាននេះវែងឆ្ងាយ ទៀត ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតបញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់លាស់ពីអតិថិជនទេ។ បើអ្នកបានទទួលព័ត៌មានដែលទាក់ទង និងផ្នែកបំពាន គ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹងដោយអតិថិជន អ្នកត្រូវតែ បញ្ជូនសេចក្តីថ្លែងដូចតទៅនេះ: កាលណាការបញ្ជូនព័ត៌មានបន្តតម្រូវដោយច្បាប់ 42 CFR 2.32: ព័ត៌មាននេះបានត្រូវបញ្ជូនទៅអ្នកតំណាងឯកសារដែលការពារដោយច្បាប់លាក់ការរបស់សហព័ន្ធ (42 CFR part 2)។ ច្បាប់របស់សហព័ន្ធបាមអ្នកមិនឲ្យធ្វើការបញ្ជូន ព័ត៌មាន វែងឆ្ងាយទៀត លើកលែងតែការបញ្ជូននេះមានការបញ្ជាក់ពីការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយល់ព្រមពីជនដែលជាប់ទាក់ទង ឬយ៉ាងទៀតមានការអនុញ្ញាត ដោយច្បាប់ 42 CFR part 2 ។ ការអនុញ្ញាតជាទូទៅសំរាប់ការបញ្ជូនព័ត៌មានផ្នែកពេទ្យប្រតិបត្តិការនិងទៀត មិនគ្រប់គ្រាន់សំរាប់គោលបំណងនេះទេ។ ច្បាប់សហព័ន្ធបាមយកការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះសំរាប់ការស៊ើបអង្កេតឧក្រិដ្ឋកម្ម ឬការកាត់ទោសចំពោះអ្នកជំនួយកម្មវិធីនៃការរំលោភបំពានគ្រឿងញៀនឬគ្រឿងស្រវឹង។

ការណែនាំសំរាប់ការបំពេញក្រដាសពាក្យនៃការយល់ព្រម

គោលបំណង: ចូររៀបចំក្រដាសពាក្យនេះនៅពេលអ្នកត្រូវការយល់ព្រម ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានលាក់ការនៅក្នុងគោលការណ៍បន្តបន្ទាប់គ្នាអំពីអតិថិជននៅក្នុងក្រសួង DSHS ឬដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងនោះទៅឲ្យទីភ្នាក់ងារឯទៀត ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាប្រចាំថ្ងៃសម្រាប់ការព្យាបាល ការបង្កប់កិច្ចប្រតិបត្តិការរបស់ទីភ្នាក់ងារ ឬសំរាប់គោលបំណង ឯទៀត។ ដែលទទួលបានស្គាល់ដោយច្បាប់ ។ អតិថិជនគឺជនដែលទទួលបានជំនួយប្រាក់ឬសេវាពីក្រសួង DSHS ។

ការប្រើប្រាស់: ចូរបំពេញក្រដាសពាក្យនេះតាមអង្វែងត្រួត បើអាចធ្វើទៅបានដើម្បីងាយស្រួលក្នុងការអាន ។ ជនមួយរូបៗត្រូវបំពេញក្រដាសផ្សេងៗគ្នារួមទាំងក្មេង ផង ។ “អ្នក” នៅក្នុងពាក្យការណែនាំគឺសំដៅទៅលើបុគ្គលិកនៃក្រសួង DSHS ហើយ “អ្នក” នៅក្នុងក្រដាសពាក្យគឺសំដៅទៅលើអតិថិជន ។ ការចែករំលែកឯកសារ មានរួមទាំងការប្រើប្រាស់និងការបញ្ចេញព័ត៌មានលាក់ការអំពីអតិថិជន ។

ភាគនិយ្យនៃក្រដាសពាក្យ:

អត្ថសញ្ញាណប័ណ្ណ:

- ឈ្មោះ: ផ្តល់ឈ្មោះរបស់អតិថិជនតែម្នាក់គត់នៅក្នុងក្រដាសពាក្យមួយ ។ រួមទាំងឈ្មោះពីមុនដែលអតិថិជនប្រហែលបានប្រើនៅពេលទទួលសេវាបំរើ ។
- ខ្មែរ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត: ត្រូវការសំគាល់អតិថិជន ជនដែលមានឈ្មោះប្រហាក់ប្រហែលគ្នា ។
- លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ: ផ្តល់លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អតិថិជនឬអត្តសញ្ញាណឯទៀត ដូចជាលេខសន្តិសុខសង្គម (មិនតម្រូវទេ) ដើម្បីជួយសំគាល់ឯកសារ និងតាមដានប្រវត្តិរៀងនិងសេវាដែលបានទទួល ។
- អាសយដ្ឋាននិងលេខទូរស័ព្ទ: ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតដែលនឹងទាក់ទងការជួយរក និងការសំគាល់ឬការទាក់ទងទៅអតិថិជន ។
- ផ្សេងៗ: បញ្ចូលក្នុងប្រអប់នេះនូវព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចជួយរកឯកសារ ដែលមានចំណែកនៃក្រសួង DSHS ដែលបានទាក់ទងនិងសេវាបំរើ ឈ្មោះរបស់ សមាជិកនៃគ្រួសារ ឬព័ត៌មានដែលទាក់ទងឯទៀត។ ។

ការយល់ព្រម (ការអនុញ្ញាត):

- ទីភ្នាក់ងារនិងជនដែលធ្វើការប្តូរឯកសារគ្នាទៅវិញទៅមក: អតិថិជនដែលបំពេញក្រដាសពាក្យនេះអនុញ្ញាតឲ្យប្រើនិងចែករំលែកនូវព័ត៌មានលាក់ការនៅក្នុងក្រសួង DSHS ទាំងមូល ។ ក្រសួង DSHS និងអាចបញ្ចេញទៅឲ្យនិងទទួលបានព័ត៌មានលាក់ការពីទីភ្នាក់ងារឬជនខាងក្រៅដែលមានរាយឈ្មោះប្រាប់ស្រេច ។ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទីភ្នាក់ងារឬអ្នកផ្តល់ការបំរើ ដោយរួមទាំងឈ្មោះ អាសយដ្ឋានឬទីកន្លែងស្នាក់នៅជាអាចធ្វើបាន ។ អ្នកអាចភ្ជាប់បញ្ជីឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានអនុញ្ញាត ដែលបានចែករំលែកព័ត៌មានដែលអតិថិជនត្រូវតែចុះហត្ថលេខាផងដែរ ។
- ព័ត៌មានដែលត្រូវដាក់បញ្ចូល: អតិថិជនត្រូវតែបញ្ជូនព័ត៌មានអំពីខ្លួននិងត្រូវបានធានាដោយការយល់ព្រម ។ អតិថិជនអាចមានឯកសារទាំងអស់សំរាប់ប្រើប្រាស់បាន ឬអាចកម្រិតឯកសារដែលដាក់បញ្ចូលទៅតាមថ្ងៃខែ ប្រភេទឬប្រភេទនៃឯកសារ ។ បើអតិថិជនណាម្នាក់មិនចុះហត្ថលេខា ការយល់ព្រមឬមិនបញ្ជាក់ក្រាបប្រកាសណាមួយ ឲ្យច្បាស់លាស់ទេ នោះការចែករំលែកនៃឯកសារនឹងត្រូវគេអនុញ្ញាត បើមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ អ្នកអាចភ្ជាប់បញ្ជីរាយឈ្មោះឯកសារធានា ដែលអតិថិជនត្រូវតែចុះហត្ថលេខាផងដែរ ។ បើមានឯកសារណាមួយដែលមានបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តឬការព្យាបាលផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ច្បាប់ (RCW 71.05.620), ផ្នែកមេរោគ HIV/AIDS, ឬមេរោគឆ្លង STD ច្បាប់ (RCW 70.02.220), ឬសេវាផ្នែកគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង ច្បាប់ (42 CFR 2.31(a)(5)), អតិថិជនត្រូវតែគូសបញ្ជាក់ប្រាប់នូវផ្នែកទាំងអស់នេះដើម្បីធ្វើការអនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកឯកសារទាំងនេះ ។ ក្រដាសពាក្យនេះមិនយកជាការបានទេ បើមានបញ្ចូលការព្យាបាល ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ដូចគឺត្រូវតែប្រាប់ 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ហើយក្រដាសពាក្យផ្សេងទៀតត្រូវតែបំពេញដើម្បីបញ្ចូលឯកសារទាំងអស់នោះ ។
- ថែរក្សា: ចូរចុះពេលផុតកំណត់សំរាប់ការយល់ព្រមណាដែលបំរើគោលបំណងតាមកម្មវិធីរបស់អ្នក ឬដូចដែលបានផ្តល់ឲ្យតាមច្បាប់ ។
- ការយល់ព្រម: ចូរឲ្យប្រាកដថាអតិថិជនយល់ពីការអនុញ្ញាតនូវអ្វីដែលគេត្រូវផ្តល់ឲ្យ និងរបៀប និងមូលហេតុដែលព័ត៌មាននឹងត្រូវចែករំលែក ។ បើត្រូវការ ចូរប្រើក្រដាសពាក្យ ដែលបានបកប្រែ និងអ្នកបកប្រែភាសា ឬអានក្រដាសពាក្យឲ្យឮខ្លាំង ។ បើអតិថិជនត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ចូរផ្តល់ក្រដាសចម្លងបន្ថែមសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ សិទ្ធិឯកជនរបស់ក្រសួង DSHS ឬបញ្ជូនអតិថិជនទៅការិយាល័យការជូនដំណឹងសាធារណៈសំរាប់ក្រុមរបស់អ្នក ។

ហត្ថលេខា:

- អតិថិជន: ឲ្យអតិថិជន ឬក្មេងដែលមានអាយុលើសពីការយល់ព្រម (អាយុ 13 ឆ្នាំសំរាប់ផ្នែកសុខភាពខ្លាញ់ និងសេវាផ្នែកគ្រឿងញៀននិងគ្រឿងស្រវឹង; អាយុ 14 ឆ្នាំសំរាប់ការមានមេរោគ HIV/AIDS និងមេរោគឆ្លងឯទៀត STDs; អាយុចំណាត់ការដោយសំរាប់ការការពារមិនឲ្យមានកូនឬការពន្ធុកូន; អាយុ 18 ឆ្នាំសំរាប់ការមើលថែទាំសុខភាពនិងឯកសារឯទៀត) ចុះហត្ថលេខានៅក្នុងប្រអប់នេះនិងចុះថ្ងៃខែនៃការចុះហត្ថលេខាផង ។ អតិថិជនអាចគូសដំនូសកន្លែងចុះហត្ថលេខានៅកន្លែងចុះហត្ថលេខាដោយមានអ្នកជាសាក្សី ។
- ការទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារឬសាក្សី: អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅក្នុងប្រអប់នេះ បើអ្នកជាអ្នកតំណាង និងអ្នកពន្យល់ក្រដាសពាក្យតែម្នាក់គត់ទៅឲ្យអតិថិជន ។ សូមបញ្ចូលលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកនៅក្នុងក្រដាសពាក្យ ។ បើអតិថិជននិងត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងក្រដាសពាក្យនៅកន្លែងផ្សេងពីកន្លែងធ្វើការ ចូរណែនាំទៅអតិថិជនសុំឲ្យមានសាក្សីចុះហត្ថលេខានៅជំពូកនេះហើយនិងមានដាក់លេខទូរស័ព្ទផង ។ សារកាសែតសាធារណៈអាចត្រូវមានជាសាក្សីចំពោះការចុះហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ។
- ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងឯទៀត: បើអតិថិជនគឺជាគ្រូដែលនៅក្រោមអាយុធ្វើការយល់ព្រមឪពុកម្តាយ ឬអ្នកអាណាព្យាបាលត្រូវតែចុះហត្ថលេខា ។ បើក្មេងមិនទាន់ជួបនឹងអាយុដែលអាចធ្វើការយល់ព្រមលើឯកសារដើម្បីចែកចាយទាំងអស់បាន អ្នកទាំងពីរ ក្មេងនិងឪពុកម្តាយត្រូវតែចុះហត្ថលេខា ។ បើអតិថិជនត្រូវបានគេប្រកាសថាជាជន ខ្លះសមត្ថភាពទៅតាមផ្លូវច្បាប់ អ្នកអាណាព្យាបាលដែលគុណភាពបានចាត់តាំងត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់ក្រដាសចម្លងដីកាចាត់តាំង ។ បើអ្នកណាម្នាក់បានចុះហត្ថលេខាក្នុងសមត្ថភាពផ្សេងណាមួយទៀត (រួមទាំងជនដែលមានអំណាចតំណាងមេធាវី ឬអ្នកតំណាងលើអចលនវត្ថុ) ចូរគូសកន្លែង “ផ្សេងៗ” និងទទួលក្រដាសចម្លងស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើការអនុវត្តន៍ ។ ជនដែលចុះហត្ថលេខាត្រូវតែចុះថ្ងៃខែនៃពេលចុះហត្ថលេខានិងផ្តល់លេខទូរស័ព្ទឬព័ត៌មានសំរាប់ទាក់ទង ។