



មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ

Patient Consent for Care and Treatment

ការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺសម្រាប់ការថែទាំ និងការព្យាបាល

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានចុះឈ្មោះដែលកំពុងត្រូវបានរាយការណ៍ទៅ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health បច្ចុប្បន្នគឺត្រឹមត្រូវ ហើយខ្ញុំយល់ថាការបំភាន់ដោយចេតនាណាមួយនៃព័ត៌មាននោះអាចបណ្តាលឱ្យខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះការគិតថ្លៃសេវាពេញលេញដែលបានផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំ។

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់បុគ្គលិកពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ និង/ឬមានវិញ្ញាបនបត្រ បុគ្គលិកពេទ្យសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬ បុគ្គលិកពេទ្យផ្សេងៗ ដើម្បីផ្តល់ការព្យាបាល និងការព្យាបាលដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ និងវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់។ លើសពីនេះ ខ្ញុំយល់ថា មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health គឺជាកន្លែងបង្រៀន ហើយគ្រូបង្រៀន សិក្ខាកាម អ្នកស្រុក និងសិស្សអាចសង្កេតមើល និង/ឬចូលរួមក្នុងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។

ពេលខ្លះ ការទៅណាត់ជួបនៅ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health និងត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine ។ ខ្ញុំយល់ថាសេវា តេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine អនុញ្ញាតឱ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ផ្តល់ការណាត់ជួបដែលមិនមានវត្តមានដោយផ្ទាល់ និងអាចត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈកុំព្យូទ័រ ថែបផ្លេទ ឬការហៅទូរស័ព្ទ។ ខ្ញុំយល់ថា ដូចជាការទៅជួបដោយផ្ទាល់ ការទៅជួបតាមតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine និងត្រូវបានគិតប្រាក់ទៅឱ្យការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ និង/ឬខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់ ហើយថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះសេវាកម្មទាំងអស់ដែលបានផ្តល់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ដូចខាងក្រោមទាក់ទងនឹងតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine៖

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានជម្រើសក្នុងការបដិសេធសេវាតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine នៅពេលណាមួយដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការថែទាំ ឬការព្យាបាលនាពេលអនាគត និងដោយគ្មានហានិភ័យនៃការបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍។ ខ្ញុំមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលខ្ញុំចាត់ទុកថាមិនសមរម្យ ឬមិនចង់បានឮដោយអ្នកដទៃនោះទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនជ្រើសរើសចូលរួមក្នុងគម្រោងតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន ទេ Telehealth/Telemedicine គេនឹងមិនចាត់វិធានការណាមួយប្រឆាំងនឹងខ្ញុំទេ ដែលនឹងធ្វើឱ្យមានការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំនៅតែអាចបន្តទៅជួបគ្រូពេទ្យ ដោយផ្ទាល់បាន។
- ខ្ញុំយល់ថាដូចជាបច្ចេកវិទ្យាណាមួយរបស់តេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine មានដែនកំណត់របស់វា រួមទាំងឧបករណ៍មិនដំណើរការ និងហានិភ័យសុវត្ថិភាពព័ត៌មាន។ ដូច្នេះមិនមានការធានាទេថាការទៅជួបតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine នឹងលុបបំបាត់គម្រូវការសម្រាប់ខ្ញុំក្នុងការជួបគ្រូពេទ្យដោយផ្ទាល់។

ខ្ញុំយល់ថា មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health និង/ឬគ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការព្យាបាលដែលមានវិជ្ជាជីវៈដល់អ្នកជំងឺត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ព័ត៌មាន វេជ្ជសាស្ត្រ ផ្សេងៗ និង/ឬព័ត៌មានស្តីអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្តព័ត៌មានត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់ប្រព័ន្ធសុខភាព Medicare (CMS) និង/ឬ មេឌីខែត Medicaid (DSHS) សម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានការទូទាត់នៅលើគណនី។ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជូនព័ត៌មានព័ត៌មានត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់ខ្ញុំទៅកាន់កន្លែងថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត និង/ឬអ្នកផ្តល់សេវា ដែលការថែទាំរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេផ្ទេរ។

ការអនុញ្ញាតនេះនៅតែមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា
 លុះត្រាតែការយល់ព្រមត្រូវបានលុបចោលពីអ្នកជំងឺដោយការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកា
 នប្រធានពេទ្យ និង/ឬប្រធានពេទ្យផ្សេងទៀតនៅ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ។
 ការចាត់តាំង និងការចេញផ្សាយនេះអនុញ្ញាតឱ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare
 Health បញ្ជូនទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ មេឌីយ៉ែ Medicare (CMS) និង/ឬ មេឌីខែត
 Medicaid (DSHS)
 ព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបង់សម្រាប់សេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធ
 ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ មេឌីយ៉ែ Medicare (CMS) និង/ឬមេឌីខែត Medicaid
 (DSHS) បង់ថ្លៃសេវា មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health
 ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ។
 ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ប្រាក់ពេញលេញសម្រាប់រាល់ការគិតថ្លៃដែលមិនទាន់បង់ពេញដោយការធានារ៉ាប់រង
 របស់ខ្ញុំដែលបន្សល់ទុកជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់ប្រាក់នៅសល់។

ការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺសម្រាប់ការព្យាបាល និងការថែទាំ

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់
 និងត្រូវបានណែនាំអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅលើទម្រង់បែបបទការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺសម្រាប់
 ការព្យាបាល និងការថែទាំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ និង/ឬអ្នកធានា

HIPAA ការអនុលោមតាមច្បាប់ និងការជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់
 និងត្រូវបានណែនាំអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព
 របស់ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ។
 ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ និង/ឬអ្នកធានា

សិទ្ធិអ្នកជំងឺ និង ទំនួលខុសត្រូវ

ហត្ថលេខា ខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់និង
 ត្រូវបានណែនាំអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ
 មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរហេល Neighborcare Health ។
 ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះបាន។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ និង/ឬអ្នកធានា

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ