

ရက်စွဲ- _____

အမည်- _____

လိပ်စာ- _____

မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ဇစ်ကုတ်- _____

အဖွဲ့ဝင် ID- _____

အဖွဲ့ဝင် မွေးနေ့သက္ကရာဇ်- _____

သို့ အဖွဲ့ဝင်- _____

(၁၉၉၆ ခုနှစ် ကျန်းမာရေးအာမခံလွှဲပြောင်းနိုင်မှုနှင့် တာဝန်ခံမှုအက်ဥပဒေ) Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) ၏သတ်မှတ်ချက်များနှင့်အညီ 45 C.F.R. § 164.508 အပြင်အခြားအရာများအပါအဝင်၊ အရက်နှင့်အခြားမူးယစ်ဆေးဝါးများ တလွဲသုံးမှု မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ပြောခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေများ 42 C.F.R § 2 နှင့် နောက်ဖော်ပြပါများ၊ ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ မှတ်တမ်းများဆိုင်ရာဥပဒေနှင့် အရက်၊ မူးယစ်ဆေးဝါးတလွဲသုံးမှုနှင့်/သို့မဟုတ် ကူးစက်ရောဂါ(များ) ကုသမှုဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများနှင့်အညီ ဤစာသည် သင်၏ အကာအကွယ်ပေးထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ (PHI) အကြောင်း အချက်အလက်များကို ထုတ်ပြောဖို့ ခွင့်ပြုချက်ရယူရန် ဖြစ်သည်။ ညွှန်ကြားထားသောဆေးများနှင့် အကြံပြုထားသည့် ကုသမှုအပါအဝင် သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်များကို ထုတ်ပြောခြင်းသည် သင်၏စောင့်ရှောက်မှုကို ဘေးကင်းထိရောက်စွာ ညှိနှိုင်းရန်အတွက် မရှိမဖြစ် လိုအပ်ပါသည်။

အဖွဲ့ဝင်၏သဘောတူညီချက်

ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ရှေ့ဆက်ဆောင်ရွက်ရန်နှင့် MDwise ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပညာရှင်များနှင့် MDwise ၏ အခြားဝန်ထမ်းများက ဆုံးဖြတ်သည့်အတိုင်း အောက်ပါအချက်အလက်များကို အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ်(များ)နှင့်/သို့မဟုတ် အောက်ပါ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့အစည်း(များ) အား ထုတ်ပြောရန် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုကြောင်း အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။ ထို့အပြင် အောက်ပါအချက်အလက်များကို ဤသို့ထုတ်ပြောခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက်ကို အကောင်အထည်ဖော်ရန်နှင့် ပြီးစီးအောင်လုပ်ဆောင်ရန် လိုအပ်သည့်အတိုင်းအတာအထိ ထုတ်ပြောရန်လည်း ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။

- ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှုနှင့်/သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများနှင့်ပတ်သက်သည့် မှတ်တမ်းများအပါအဝင် ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ
- ကူးစက်ရောဂါမှတ်တမ်းများ
- HIV/AIDS မှတ်တမ်းများ
- မူးယစ်ဆေးဝါးတလွဲသုံးစွဲခြင်းမှတ်တမ်းများ
- အရက်တလွဲသုံးစွဲခြင်းမှတ်တမ်းများ

ကျွန်ုပ်သည် အချက်အလက်များကိုထုတ်ပြောခွင့်ပြုထားသည့် အထက်ပါ အဖွဲ့အစည်းအား စာရေးအသိပေးခြင်းဖြင့် ဤသဘောတူညီချက်ကို အချိန်မရွေးရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်းကို နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကျွန်ုပ်စာရင်းသွင်းထားသည့် MDwise အစီအစဉ်မှ ကျွန်ုပ်ရက်စသည်အချိန် မတိုင်မီ၌ စာရေး၍ရုပ်သိမ်းခြင်းမပြုပါက ထိုရက်စသည်နေ့၌ သက်တမ်းကုန်ပါမည်။။ သက်ဆိုင်ရာဥပဒေနှင့်အညီ၊ ဤခွင့်ပြုချက်အရ ထုတ်ပြောခဲ့သည့် မူးယစ်ဆေးဝါး တလွဲသုံးမှုမှတ်တမ်းများကို ပြန်၍ထုတ်ပြောခြင်း မပြုရပါ။ သို့သော် ဤခွင့်ပြုချက်အရထုတ်ပြောသည့် အခြားမှတ်တမ်းများကို လက်ခံရရှိသူသည် ပြန်လည်ထုတ်ပြောနိုင်ပြီး ယင်းကို ကာကွယ်ထားတော့မည် မဟုတ်ပါ။

အဖွဲ့ဝင်/အဖွဲ့ဝင်မှခန့်အပ်ထားသည့် ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

အခြားသူတစ်ဦး နှင့် ပြောဆိုရန်သဘောတူခွင့်ပြုချက်

အထက်တွင်ဆွေးနွေးခဲ့သည့်အတိုင်း Mdwise အား ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား အောက်ပါ ပုဂ္ဂိုလ်(များ)နှင့် အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ ကိစ္စများနှင့် မှတ်တမ်းများအကြောင်း ပြောဆိုရန် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။

_____ တော်စပ်ပုံ
အမည်

_____ တော်စပ်ပုံ
အမည်

အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းများအား အချက်အလက်များထုတ်ပေးရန် ခွင့်ပြုချက်

အထက်တွင်ဆွေးနွေးခဲ့သည့်အတိုင်း အချက်အလက်များနှင့်မှတ်တမ်းများအား အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ အောက်ပါကျန်းမာရေးအဖွဲ့အစည်း(များ)ကို ထုတ်ပြောရန် Mdwise အား ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။

[ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းအမည် _____

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း၏လိပ်စာ] _____

[ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းအမည် _____

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း၏လိပ်စာ] _____