



CS0020

ဆေးဇာတ်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ၏ အချက်အလက်များ ဖွင့်ဟမှုအတွက်

ခွင့်ပြုချက်

(MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)

Burmese

- Checkboxes for various medical facilities: Clinic, Home Care Pharmacy, Mercy Corning, Nebraska Heart, St. Elizabeth, The Physician Network, CUMC-Bergan Mercy, Immanuel, Mercy Council Bluffs, Plainview, St. Francis, Other, Good Samaritan, Immanuel Fontenelle Home, Midlands, Richard Young, St. Mary's, Home Care/Hospice, Lakeside, Missouri Valley, Schuyler, The Lighthouse.

အောက်ဖော်ပြပါ မှတ်တမ်းများအတွင်းမှ အောက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များအား ဖွင့်ဟမှုပြုရန် အထက်ပါအမှတ်အသားပြုထားသော ဝန်ဆောင်မှုအဖွဲ့စည်း(များ)အား ဤတွင် ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည် -

Form with fields: လူနာ အမည် (Patient Name), လူနာ နံပါတ် (Patient Number), လိပ်စာ (Address), မွေးနေ့ (Date of Birth), မြို့/ပြည်နယ်/ဇနပ် + 4 (City/State/ZIP + 4), ဖုန်း (Phone)

ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုအဖွဲ့အစည်းမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများ ထိန်းသိမ်းသူ (သို့) ဤမှတ်တမ်းများအတွက် တာဝန်ရှိသူအဖြစ်သတ်မှတ်ထားသော ပုဂ္ဂိုလ်(များ)သည် ဤဖွင့်ဟမှု အား ဆောင်ရွက်သွားမည် ဖြစ်ပါသည်။ အထက်ပါ အမှတ်အသားပြုထားသော ဝန်ဆောင်မှုအဖွဲ့အစည်း(များ)မှ ဖွင့်ဟမည်ဖြစ်သော အချက်အလက်များတွင် ပါဝင်သည်များမှာ (သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးအား အမှတ်သားပြုပါ) -

- Checkboxes for medical conditions: စာတုပစ္စည်းဆိုင်ရာ စွဲလမ်းမှု မှတ်တမ်းများ, စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အကျိုးအမြတ်အပေးမှုများ, ကုသရေးဆိုင်ရာ တိုးတက်မှု မှတ်တမ်းများ, အခြားသော, ဆေးရုံဆင်းမှုဆိုင်ရာ အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်, နောက်ခံသမိုင်း နှင့် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ, အမည်နှင့် ရောဂါရှာဖွေတွေ့ ရှိမှုသာလျှင်, ပညာရေး/ကျောင်း မှတ်တမ်းများ, ပြန်လည်သန်စွမ်းရေး မှတ်တမ်းများ, ကျွန်ုပ်၏ကုသမှုနှင့် သက်ဆိုင်သော ဆေးဇာတ်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများအားလုံး, ဓာတ်ခွဲခန်း, ဓာတ်မှန်

ဤတွင် အောက်ဖော်ပြပါတို့နှင့်ဆက်နွယ်သော အချက်အလက်များ ပါဝင်မည်ဖြစ်သည် ကို ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည် (သက်ဆိုင်သမျှအား အမှတ်အသားပြုပါ) -

- Checkboxes for HIV/AIDS, Iowa medical records, other medical conditions, and consent for release of information.

ဤသည်မှာ အောက်တွင် ကျွန်ုပ်မှ နေ့စွဲကန့်သတ်ချက်အား အသေးစိတ်ဖော်ပြထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ အားလုံးသော ဝန်ဆောင်မှုနေ့စွဲများနှင့် သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များအပေါ် အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံမှုရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ အကျိုးဝင်လွှမ်းခြုံသော ကုသစောင့်ရှောက်မှု ကာလ(များ) - _____ မှ _____ အထိ

Box containing text: ဤအချက်အလက်အား ဖော်ပြပါထံသို့ ဖွင့်ဟမှုပြုမည်ဖြစ်ပါသည် (တစ်ဦးတစ်ဦးစီ နှင့်/သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် အဖွဲ့အစည်း အမည်၊ လိပ်စာတို့အား ကျေးဇူးပြုပြီး အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ) -

ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အပေါ်အမှီပြု၍ ဆောင်ရွက်ထားပြီးဖြစ်သော အတိုင်းအတာအထိမှလွဲ၍ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အား ရုပ်သိမ်းကောင်း ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည် သဘောပေါက်ပါ သည်။ အကယ်၍ ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အား ကျွန်ုပ်ရုပ်သိမ်းလိုပါက စာဖြင့်ရေးသားတောင်းဆိုပြီး၊ ရေးသားထားသော ရုပ်သိမ်းမှုတောင်းဆိုချက်အား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများ ဌာန သို့မဟုတ် မူလခွင့်ပြုချက်အား တင်ပြခဲ့သည့် ထိန်းသိမ်းသူထံသို့ တင်ပြရမည်ဖြစ်သည်။

ဤကဲ့သို့ ရုပ်သိမ်းခြင်းမပြုသောအခြေအနေတွင် ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်သည် ဖော်ပြပါ နေ့စွဲ ဖြစ်စဉ် သို့မဟုတ် အခြေအနေတွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ဖြစ်သည် _____



CS0020

ဆေးဖက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ၏ အချက်အလက်များ ဖွင့်ဟမှုအတွက်

ခွင့်ပြုချက်

(MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)

Burmese

အကယ်၍ သက်တမ်းကုန်ဆုံးမှု နေ့စွဲ၊ ဖြစ်စဉ် သို့မဟုတ် အခြေအနေအား အသေးစိတ်ဖော်ပြရန် ကျွန်ုပ် ပျက်ကွက်ခဲ့လျှင် ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်သည် အောက်ပါနေ့စွဲမှ တစ်ဆယ့်နှစ် (၁၂) လအကြာတွင် သက်တမ်း ကုန်ဆုံးမည်ဖြစ်သည်။

ဤကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအား ဖွင့်ဟမှုအတွက် ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်းသည် မိမိဆန္ဒအလျောက်သာဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အား လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းကိုကျွန်ုပ် ငြင်းဆန် နိုင်ပါသည်။ CHI Health အနေနှင့် ဤထောက်ခံခွင့်ပြုချက်အား ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်း ပြုမပြုအပေါ်မူတည်ပြီး ကုသမှု၊ ပေးချေမှု၊ စာရင်းသွင်းမှု သို့မဟုတ် အကျိုးမြတ်ခံစားခွင့်များအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီ မှုမှန်သမျှအား ခွဲခြားသတ်မှတ်မည်မဟုတ်ပေ။ 45 CFR 164.524 တွင် ထောက်ခံခွင့်ပြုထားသည်နှင့်အညီ အသုံးပြု သို့မဟုတ် ဖွင့်ဟမည်ဖြစ်သော အချက်အလက်များအား စုံစမ်းစစ်ဆေး သို့မဟုတ် မိတ္တူကူးယူခွင့်ကို ကျွန်ုပ် ရရှိကောင်း ရရှိနိုင်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဤသို့အညီ ဆောင်ရွက်ထားသည့် အချက်အလက်များဖွင့်ဟမှုမှန်သမျှအား ထောက်ခံခွင့်ပြုချက်မရယူဘဲ ထပ်မံပြန်လည်ဖွင့်ဟမှု ပြုနိုင်ခြေနှင့် အချက်အလက်များအား ဖယ်ဒရယ် လျှို့ဝှက်စောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာဥပဒေများမှ ဆက်လက်အကာအကွယ်ပေးခြင်းမရှိတော့သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖွင့်ဟမှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများ ရှိပါလျှင် ကျွန်ုပ်အနေနှင့် CHI Health ပုဂ္ဂိုလ်ရေးစောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာရုံးခန်းထံ (402) 717-1730 သို့ ဆက်သွယ်မှုပြုနိုင်ပါသည်။

ဖယ်ဒရယ် လျှို့ဝှက်စောင့်ထိန်းမှုဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းများ (42 CFR Part 2) မှ ကာကွယ်ကောင်း ကာကွယ်ပေးထားသည့် မှတ်တမ်းများအတွင်းမှ ဤအချက်အလက်များအားသင့်ထံသို့ ဖွင့်ဟပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ဖယ်ဒရယ် စည်းမျဉ်းများအရ 42 CFR Part 2 နှင့်အညီ ခွင့်ပြုထားသော အခြေအနေမှလွဲ၍ သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာ ရေးသားခွင့်ပြုချက်ပေးသည့်ပုဂ္ဂိုလ်မှ ပွင့်လင်းစွာ ခွင့်ပြုချက်ပေးသော အခြေအနေမှ လွဲ၍ ဤအချက်အလက်များ ဆက်လက် ဖွင့်ဟမှုတစ်ခု တရားပြုလုပ်ခြင်းမှန်သမျှကို သင့်အား တားမြစ်ထားပါသည်။ ဆေးဖက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အခြားသော အချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ဖွင့်ဟမှုအတွက် အထွေထွေခွင့်ပြုချက်သည် ဤရည်ရွယ်ချက်အတွက် လုံလောက်မှု မရှိပေ။ ဖယ်ဒရယ်စည်းမျဉ်းများအရ အရက် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးစွဲလမ်းမှုဆိုင်ရာ လူနာများမှန်သမျှအား ပြစ်မှုဆိုင်ရာ ဥပဒေအရ စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်း သို့မဟုတ် တရားစွဲဆိုခြင်းများ ပြုလုပ်ရန် ဤအချက်အလက်များ အသုံးပြုမှုမှန်သမျှကို တားမြစ်ထားပါသည်။

လူနာဖြစ်သူ၏ လက်မှတ် (Signature of Patient)		နေ့စွဲ / အချိန် (Date / Time)
အကယ်၍ လူနာသည် အသက်မပြည့်သေးသူ/အကျိုးဆောင်ရှေ့နေရှိသူ/အုပ်ထိန်းသူရှိသူဖြစ်လျှင် မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် (Signature of Parent/Legal Guardian if Patient is a Minor/Power of Attorney/Guardian)	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (Relationship to Patient)	နေ့စွဲ / အချိန် (Date / Time)