

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់សិទ្ធិប្រើប្រាស់ និង  
បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានគាំពារ**

**COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ: \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះសំណុំរឿង: \_\_\_\_\_  
លេខសំណុំរឿង: \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះអ្នកកាន់សំណុំរឿង: \_\_\_\_\_  
លេខ ID អ្នកកាន់សំណុំរឿង: \_\_\_\_\_  
លេខទូរស័ព្ទអ្នកកាន់សំណុំរឿង: \_\_\_\_\_  
លេខ ID អតិថិជន: \_\_\_\_\_

**គោលបំណងនៃសំណើនេះ:** សំណើនេះតម្រូវឱ្យអ្នកយល់ព្រមដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នក។ DPSS នឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ។

**ប្រសិនបើអ្នកបំពេញសំណើឲ្យបានចប់សព្វគ្រប់ ហើយចុះហត្ថលេខាលើសំណើនេះ:**

- អ្នកយល់ព្រមថាគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយក្រសួង DPSS ។
- ក្រសួង DPSS អាចនឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បានដែរ ។

**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចុះហត្ថលេខាលើសំណើនេះ:**

- វានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទេ។
- វាអាចប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍ DPSS របស់អ្នក។

ឈ្មោះត្រកូល \_\_\_\_\_ ឈ្មោះខ្លួន \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

**ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ: (សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលទាក់ទងទាំងអស់):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic                 | <input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center                           |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center:                               | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center                                   |
| _____   | <input type="checkbox"/> JWCH, Inc.   |
| <input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena            | <input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center                                       |
| <input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center |
| <input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Center        | <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center                               |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center              | <input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic                        |
| <input type="checkbox"/> Mission City Community Network                   |   |
| <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center |   |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                                     |   |

FACILITY NAME \_\_\_\_\_ STREET ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

**បញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅ:**

ឈ្មោះ: ការិយាល័យខណ្ឌរបស់ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS)

លេខអាសយដ្ឋានផ្លូវ \_\_\_\_\_ ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីធីកូដ \_\_\_\_\_

ការអនុញ្ញាតនេះគឺមានសុពលភាពរហូតដល់: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ។  
ការបរិច្ឆេទបញ្ចប់ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

**ព័ត៌មានដែលអាចនឹងត្រូវបញ្ចេញឲ្យដឹង (សូមគូសក្នុងប្រអប់ដែលទាក់ទងទាំងអស់):**

- សេចក្តីសង្ខេបនៃការឲ្យអ្នកជម្ងឺចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
- ប្រវត្តិអ្នកជម្ងឺទាក់ទងនឹងរាងកាយ។
- ការពិគ្រោះយោបល់។
- របាយការណ៍នៃការវះកាត់
- របាយការណ៍នៃការប្រើវិទ្យុសកម្ម។
- ហ្វិល(ថតរូប) ដោយការប្រើវិទ្យុសកម្ម។
- ការធ្វើតេស្ត ពេទ្យវិនិច្ឆ័យ/នៅមន្ទីរពិសោធន៍។
- លិខិតបញ្ជាក់ពីវឌ្ឍនភាពទាក់ទងនឹងថ្នាំហើយនឹងការព្យាបាលជម្ងឺ។
- ផ្សេងៗទៀត (សូមបញ្ជាក់): \_\_\_\_\_

**អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទំព័រចម្លងនៃសំណៅនេះ។** បើសិនជាអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសំណៅនេះ អ្នកនឹងទទួលបានទំព័រនៃសំណៅចម្លងដែលបានចុះហត្ថលេខា។

**បើសិនជាអ្នកបដិសេធមិនព្រមចុះហត្ថលេខាលើសំណៅនេះ:**

- វានឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាមើលថែទាំរបស់អ្នកនោះទេ។
- វាអាចមានផលប៉ះពាល់ បើសិនជា អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី DPSS ។

\_\_\_\_\_ ខ្ញុំយល់ និងយល់ព្រមថាអ្នកផ្តល់សេវាមើលថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ។ DPSS នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់លើលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានជំនួយរបស់ខ្ញុំ។

\_\_\_\_\_ ខ្ញុំយល់ថា DPSS អាចបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញឲ្យដឹង ដោយសារតែខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើសំណៅនេះ។ បើសិនជាករណីនេះបានកើតឡើង ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សិទ្ធិកងផែនការអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់សហព័ន្ធ តទៅទៀតហើយ។

ខ្ញុំបានមានឱកាសដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងយល់ដឹងអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណៅនេះ។ ដោយការចុះហត្ថលេខាលើសំណៅអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា វាបង្ហាញយ៉ាងត្រឹមត្រូវនូវសេចក្តីប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
ហត្ថលេខារបស់សាក្សី	ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព/ទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកជម្ងឺ	កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

## បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ប្តូរគំនិត

អ្នកមានសិទ្ធិផ្លាស់ប្តូរគំនិតរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បាន។ បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញចប់សព្វគ្រប់ និងចុះហត្ថលេខាលើសំណៅអនុញ្ញាតនេះ បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ប្តូរគំនិត អ្នកត្រូវតែប្រាប់ទៅ DPSS ឲ្យបានដឹង ដោយសរសេរសំបុត្រជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចធ្វើកិច្ចការនេះបានដោយ:

- ចុះហត្ថលេខាលើការលុបចោលការអនុញ្ញាត។
- ផ្ញើ ឬប្រគល់សំណៅលុបចោលការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខានេះ ទៅអាសយដ្ឋានដែលមានចុះនៅខាងក្រោម:

## ការលុបចោលការអនុញ្ញាត

ខ្ញុំតាមរយៈនេះសូមលុបចោលការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យពីមុន។ ខ្ញុំយល់ថា DPSS អាចប្រើប្រាស់និងបញ្ចេញព័ត៌មានឲ្យដឹងអំពីសុខភាព ដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបានផ្តល់ទៅឲ្យ DPSS រួចហើយ។

---

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់                      ឈ្មោះសរសេរជាអក្សរពុម្ព                      កាលបរិច្ឆេទ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)