

Ամսաթիվ. \_\_\_\_\_  
Գործի անունը. \_\_\_\_\_  
Գործի համարը. \_\_\_\_\_  
Աշխատողի անունը. \_\_\_\_\_  
Աշխատողի ID. \_\_\_\_\_  
Աշխատողի հեռախոսահամարը. \_\_\_\_\_  
Հաճախորդի ID. \_\_\_\_\_

**Պահպանվող Առողջության Տեղեկության Օգտագործման  
և Բացահայտման Թույլտվություն**

**ԱՅՍ ՁԵՎԻ ՆՊԱՏԱԿԸ.** Այս ձևը խնդրում է ձեր համաձայնությունը, որպեսզի թույլատրեք Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությանը (DPSS), ստանալ տեղեկություններ ձեր առողջության մասին:

**Եթե լրացնեք և ստորագրեք այս ձևը.**

- Դուք համաձայն եք, որ ձեր բժիշկը կամ առողջապահական ծառայությունը կարող է ձեր առողջության մասին տեղեկատվությունը տրամադրել DPSS-ին:
- DPSS-ը կարող է փոխանակել ձեր տվյալները:
- Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի փոխել ձեր միտքը:

**Եթե որոշեք չստորագրել այս ձևը.**

- Մա չի ազդի ձեր առողջապահական բուժման վրա:
- Դա կարող է ազդել ձեր DPSS-ի նպաստների վրա:

ԱԶԳԱՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆ ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

**Ես թույլատրում եմ.**

ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ      ՀԱՍՑԵՆ. ՓՈՂՈՑ      ՔԱՂԱՔ      ՆԱՀԱՆԳ      ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԱՌԱՔՄԱՆ ԿՈՂ

**Տրամադրել իմ առողջությանը վերաբերվող տեղեկությունը.**

ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ (DPSS) ԳՐԱՄԵՆՅԱԿԻ ԱՆՈՒՆԸ

ՀԱՍՑԵՆ. ՓՈՂՈՑ      ՔԱՂԱՔ      ՆԱՀԱՆԳ      ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԱՌԱՔՄԱՆ ԿՈՂ

Այս թույլտվությունը վավեր է մինչև. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
ՎԵՐՁՆԱԺԱՄԿԵՏԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

**Տեղեկություն, որը կարող է հրապարակվել (խնդրում ենք նշել բոլորը).**

- Հոգեկան վիճակը, այդ թվում`
  - Ձեր հոգեկան առողջության վիճակը:
  - Ցանկացած մտավոր վիճակի սկիզբը:
  - Արդյոք դուք ակտիվորեն բուժվում եք ձեր վիճակի համար:
  - Որքան ժամանակ է ձեր վիճակը տևելու:
  - Արդյոք ձեր վիճակը ազդում է ձեր աշխատելու կամ աշխատանքի վերապատրաստման ծրագրում լինելու վրա:

Այլ (խնդրում ենք նշել) \_\_\_\_\_

**Դուք իրավունքն ունեք այս ձևի պատճեն ստանալու:** Եթե ստորագրեք այս ձևը, դուք կստանաք ստորագրված ձևի պատճեն:

**Եթե հրաժարվում եք ստորագրել այս ձևը.**

- Դա չի ազդի ձեր բուժաշխատողի կողմից տրամադրվող բուժման վրա:
- Այն կարող է ազդել, եթե դուք իրավունք ունեք ստանալու DPSS- ի նպաստներ:

\_\_\_\_\_ Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ, որ իմ առողջապահական գործակալությունը կարող է DPSS-ին տեղեկություններ տրամադրել իմ առողջության մասին: DPSS- ը կօգտագործի այս տեղեկատվությունը որոշելու համար նպաստների իմ իրավասությունը:

\_\_\_\_\_ Ես հասկանում եմ, որ DPSS- ը կարող է փոխանակել այն տեղեկատվությունը, որն օգտագործվում կամ հրապարակվում է, քանի որ ես ստորագրել եմ այս ձևը: Եթե դա տեղի ունենա, իմ տվյալները այլևս չեն պաշտպանվի դաշնային առողջության տեղեկատվության գաղտնիության օրենքով:

Ես հնարավորություն ունեցա վերանայել և հասկանալ այս ձևը: Ստորագրելով այստեղ, ես հաստատում եմ, որ դա իսկապես արտացոլում է իմ ցանկությունները:

USՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴԻ/ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՅՈՒՅՉԻ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԱՄՍԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

ՎԿԱՅԻ ՍՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ/ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏ ԱՄՍԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)

**ԵԹԵ ՓՈԽԵՔ ՁԵՐ ՄԻՏՔԸ**

**Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի փոխել ձեր միտքը:** Այս ձևը լրացնելուց և ստորագրելուց հետո, եթե փոխեք ձեր միտքը, դուք պետք է DPSS- ին գրավոր տեղեկացնեք: Դուք կարող եք դա անել.

- Ստորագրելով Թույլտվության Չեղյալ Հայտարարումը:
- Այդ ստորագրված ձևը փոստով ուղարկելով կամ տանելով հետևյալ հասցեով:

**ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ ՉԵՂՅԱԼ ՀԱՄԱՐՈՒՄ**

Ես այստեղ հրաժարվում եմ իմ նախորդ տրված թույլտվությունից: Ես հասկանում եմ, որ DPSS- ը կարող է օգտագործել և տրամադրել առողջապահական տեղեկությունները, որ իմ բուժաշխատողն արդեն տրամադրել է DPSS- ին:

USՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴԻ/ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՅՈՒՅՉԻ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ ԱՄՍԱԹԻՎԸ (ԱՄԻՍ/ՕՐ/ՏԱՐԻ)