Memorial Health

MEMORIAL အိမ်တိုင်ရာရောက် နာတာရှည် စောင့်ရှောက်မှု ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်ပြသရန် HIPAA တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်

ဖော်ပြပါ၏ တစ်ကိုယ်ရေကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးရန်-

လူနာအမည်- ______ ဖုန်း- ______ မွေးသက္ကရာဇ်- ______
လိပ်စာ- ______ မြို့ ______ ပြည်နယ်- ______ စာတိုက်အမှတ်- ______

လက်ခံရယူမည့်သူ- လက်ခံရယူသူ- ______ ဖုန်း- ______
လိပ်စာ- ______ မြို့ ______ ပြည်နယ်- ______ စာတိုက်အမှတ်- ______

ထုတ်ပေးမည့်သူ- ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်း- ______ ဖုန်း- ______

ဤထုတ်ဖော်ပေးမှု၏ ရည်ရွယ်ချက်မှာ- ☐ လူပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ တောင်းဆိုချက်ကြောင့် ☐ အခြား- ______
ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်နှင့် အကျုံးဝင်သော လူနာစောင့်ရှောက်ကုသမှု၏ ရက်စွဲများ- ______

ဖော်ပြပါအချက်အလက်များ ထုတ်ပေးမှု-

☐ ဆေးရုံဆင်းခြင်းဆိုင်ရာ အကျဉ်းချုံးဖော်ပြချက် ☐ ရောဂါဗေဒဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ(များ) ☐ အရေးပေါ်မှတ်တမ်း(များ) ☐ နောက်ကြောင်းနှင့် ခန္ဓာကိုယ်ပိုင်းဆိုင်ရာ
☐ ဓာတ်ရောင်ခြည်ဗေဒ အစီရင်ခံစာ(များ) ☐ တစ်ခုချင်းဖော်ပြထားသော ငွေတောင်းခံမှု ဖော်ပြချက် ☐ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခြင်း(များ) ☐ ဓာတ်ခွဲခန်း အစီရင်ခံစာ(များ)
☐ ခွဲစိတ်မှုပိုင်းဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ(များ) ☐ နှလုံးရောဂါကုသမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ(များ) ☐ တိုးတက်မှု မှတ်ချက်များ ☐ ကုသမှု အစီအစဉ်(များ)
☐ ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်းဖြစ်သော အခြားမှတ်တမ်းများ- ______
☐ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းတစ်ခုလုံး (မြင့်မားစွာလျှို့ဝှက်ထားသော အချက်အလက်များနှင့်ဆိုင်သည့် မှတ်တမ်းများအတွက်မှလွဲ၍)

မြင့်မားစွာလျှို့ဝှက်ထားသော အချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးမှု-

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် မြင့်မားစွာလျှို့ဝှက်ထားသော အချက်အလက် အမျိုးအစား၏ဘေးရှိ အကွက်တစ်ခုခုတွင် အမှတ်ခြစ်လိုက်ခြင်းဖြင့်၊ ကျွန်ုပ်သည် အကွက်၏ဘေးတွင်ဖော်ပြထားသော မြင့်မားစွာလျှို့ဝှက်ထားသည့် အချက်အလက် အမျိုးအစား၏ အသုံးပြုမှု နှင့်/သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြမှုကို တရားဝင်ခွင့်ပြုပါသည်-

(သက်ဆိုင်သည်များအားလုံးကို ခြစ်ပါ—အကွက်တစ်ခုကို အမှန်မခြစ်ဘဲထားခြင်းသည် မည်သည့်ရည်ရွယ်ချက်မဆိုအတွက် အချက်အလက်များကို ထုတ်မပေးခြင်းကို ဖြစ်စေပါမည်။)

☐ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ မကျန်းမာမှု သို့မဟုတ် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှု
☐ လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သောရောဂါများ (STDs)
☐ လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကိုယ်ထိလက်ရောက်ကျူးလွန်မှု
☐ မူးယစ်စေသောအရာများ (တစ်နည်းအားဖြင့်၊ အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေး) အသုံးပြုမှု
☐ ကလေးကို အနိုင်ကျင့်မှုနှင့် လျစ်လျူရှုမှု
☐ မသန်စွမ်းသော အရွယ်ရောက်ပြီးသူတစ်ဦး၏ အနိုင်ကျင့်မှု
☐ မျိုးဗီဇ စစ်ဆေးခြင်း
☐ HIV/AIDS စစ်ဆေးခြင်း သို့မဟုတ် ကုသမှု (ထိုစစ်ဆေးမှုများ၏ ရလဒ်များက ပေါ့စတစ် သို့မဟုတ် နက်ဂတစ်ဖြစ်သည်ကို ထည့်မတွက်ဘဲ HIV စစ်ဆေးမှုကို ညွှန်ကြားခဲ့သည့်၊ လုပ်ဆောင်ခဲ့သည့် သို့မဟုတ် အစီရင်ခံခဲ့သည့်အချက် ပါဝင်သည်)

ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်က အသက်ဝင်နေမည်မှာ-

☐ ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုရက်စွဲမှ ဖော်ပြပါအချိန်အထိ- ______
☐ ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက တောင်းဆိုချက်ကို ပြည့်မြောက်အောင် ဆောင်ရွက်သည့်အချိန်အထိ သို့မဟုတ် ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲမှ ရက်ပေါင်း 120 အထိ၊ မည်သည့်အချက်က အရင်ဖြစ်ပေါ်သည်ဖြစ်ပါစေ။

ဖော်ပြပါတို့ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်-

- တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်အရ ထုတ်ဖော်ပြလိုက်သော အချက်အလက်များသည် လက်ခံသူက ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ပြသမှုနှင့် သက်ဆိုင်နိုင်ကာ သက်ဆိုင်သော ဖက်ဒရယ်နှင့် Illinois ဥပဒေတို့ဖြင့် ကာကွယ်ပေးထားတော့မည်မဟုတ်ပါ။
- ကျွန်ုပ်သည် မည်သည့်အကြောင်းပြချက်ကြောင့်မဆို ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ငြင်းဆိုနိုင်ကာ ကျွန်ုပ်၏ကုသမှုက စူးစမ်းလေ့လာမှုနှင့် ဆက်စပ်နေခြင်းမဟုတ်ပါက သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သည် ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်တွင် ဖော်ပြထားသော လက်ခံရရှိသူထံ ထုတ်ဖော်ပြမှုအတွက် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖန်တီးခြင်း၏ရည်ရွယ်ချက်အတွက်သာ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို လက်ခံရယူခြင်းမဟုတ်ပါက ကျွန်ုပ်က ဤ တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်တွင် လက်မှတ်ထိုးသည်ဖြစ်စေ မထိုးသည်ဖြစ်စေ ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းသည် ကျွန်ုပ်၏ကုသမှုကို ပြုပြင်ဖန်တီး၍မရနိုင်ပါ။
- ကျွန်ုပ်သည် အချိန်မရွေး စာရေးသားကာ ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ကို ပြန်ရုပ်သိမ်းပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းအကြောင်း အသိပေးစာကို လက်ခံမရရှိမီ ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်နှင့်အညီ ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက လုပ်ဆောင်ထားသော ပမာဏအထိမှလွဲ၍ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းက ချက်ခြင်းသက်ရောက်မှုရှိပါလိမ့်မည်။
- ကျွန်ုပ်သည် Memorial Home Hospice ထံ 217–788–4663 သို့ သို့မဟုတ် Memorial Health (MH) ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုရုံးခန်းထံ မေးလ်ဖြင့်- MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781–0001၊ တယ်လီဖုန်းဖြင့် 217–757–7753 သို့ သို့မဟုတ် လေးစားလိုက်နာမှုနှင့် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ သတိပေးလိုင်းထံ 800–541–9331 သို့ သို့မဟုတ် ROIGeneral@mhsil.com သို့ အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်၏ စည်းမျဉ်းများကို ဖတ်ရှုနားလည်ထားပြီးဖြစ်ကာ အထက်တွင်ဖော်ပြထားသောပုံစံမျိုးဖြင့် ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြရန် မိမိဆန္ဒအလျောက် သိသိလျှက်ဖြင့် တရားဝင်ခွင့်ပြုပါသည်။

______ ______
လူနာ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် နေ့ရက်/အချိန်

တရားဝင်ကိုယ်စားပြုသူက လက်မှတ်ထိုးထားခြင်းဖြစ်ပါက၊ လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ- ______

150–0059e 09/03/25

ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်ပြသရန် HIPAA တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်

ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက လက်ခံရရှိသူထံ ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးလိုက်သည်နှင့်၊ ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းသည် လက်ခံရရှိသူက ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအား ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံ ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ပြလိမ့်မည်မဟုတ်ကြောင်း အာမခံချက်မပေးနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းသည် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမှုနှင့် ထုတ်ဖော်ပြမှုအတွက် အုပ်စိုးထားသော ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက် သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်သော ဖက်ဒရယ်နှင့် Illinois ဥပဒေတို့အတိုင်း လိုက်နာရန် မလိုအပ်နိုင်ပါ။

ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းသည် တိုက်ရိုက်ဖြစ်စေ၊ သွယ်ဝိုက်၍ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုမှု သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ပြမှုနှင့် ဆက်စပ်၍ ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံမှ ပေးငွေကို လက်ခံရယူနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းသည် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ၏ လျှို့ဝှက်ထားမှုကို ကာကွယ်ပေးခြင်းအတွက် ဖက်ဒရယ်နှင့် Illinois ဥပဒေအောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကန့်သတ်ထားသောအခြေအနေများအောက်တွင် ဤတောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းပယ်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ သက်ဆိုင်သောဥပဒေအောက်တွင် ခွင့်ပြုထားသည်မှလွဲ၍၊ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏တောင်းဆိုမှုကို ငြင်းပယ်သည့် ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်း၏ ဆုံးဖြတ်ချက်တွင်ပါဝင်ခြင်းမရှိသော ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက ရွေးထားသည့် လိုင်စင်ရ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူက ကျွန်ုပ်၏တောင်းဆိုမှုကို ငြင်းဆိုချက်အား ပြန်လည်သုံးသပ်ခိုင်းပိုင်ခွင့် ရှိသည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက် မိတ္တူကို စစ်ဆေးရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ရယူရန် ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းထံ အချိန်မရွေး ရေးသားတောင်းဆိုနိုင်ပြီး ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းသည် တောင်းဆိုမှုကို ခွင့်ပြုပေးခြင်းရှိ မရှိ ရေးသားတောင်းဆိုချက်ကို လက်ခံရရှိသည့်နေ့မှ ရက်ပေါင်းသုံးဆယ် (30) အတွင်း ပြောပြပေးကာ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို စစ်ဆေးရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ကူးယူရန် အဆင်ပြေသောအချိန်တစ်ခုကို စီစဉ်နိုင်ရန် ကျွန်ုပ်ထံ ဆက်သွယ်မည်ဖြစ်ကြောင်း သို့မဟုတ် ငြင်းဆိုမှုအတွက် အခြေခံအချက်များ၊ ကျွန်ုပ်၏ ပြန်လည်ဆန်းစစ်ပိုင်ခွင့်များ (တစ်ခုခုရှိပါက)၊ နှင့် ငြင်းဆိုမှုနှင့်စပ်လျဉ်း၍ တိုင်ကြားချက်ကို စာရင်းသွင်းရမည့်နည်းလမ်းနှင့် စာရင်းသွင်းရမည့်သူတို့နှင့်ပတ်သက်သော ညွှန်ကြားချက်တို့ကို ဖော်ပြထားသည့် တောင်းဆိုချက်အား ငြင်းပယ်ကြောင်းရေးသားချက်ကို ဖော်ပြပေးမည်ဖြစ်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

Memorial Health ရှိ ကျွန်ုပ်၏ကုသမှုသည် ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်တွင် ခွဲခြားဖော်ပြထားသော လက်ခံရရှိသူထံ ထုတ်ဖော်ပြမှုအတွက် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ဖန်တီးခြင်းရည်ရွယ်ချက်အတွက်သာ ဖြစ်သောကြောင့်၊ ကျွန်ုပ်က ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းမပြုပါက Memorial Health သည် ကျွန်ုပ်အား ကုသပေးရန် ငြင်းဆိုနိုင်သည့် ကိစ္စရပ်မျိုးမှလွဲ၍၊ ကျွန်ုပ်သည် မည်သည့်အကြောင်းကြောင့်မဆို ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ကို (အချိန်မရွေး) လက်မှတ်ထိုးရန် ငြင်းဆိုနိုင်ကာ သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းနိုင်ကာ ထိုသို့သော ငြင်းဆိုမှု သို့မဟုတ် ရုပ်သိမ်းမှုက Memorial Health ရှိ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှု၏ အစပြုမှု၊ ဆက်လက်တည်ရှိမှု သို့မဟုတ် အရည်အသွေးကို ထိခိုက်စေလိမ့်မည်မဟုတ်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက် သက်တမ်းမကုန်မချင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်း၏ မှတ်တမ်းများထုတ်ပေးသောဌာနထံ ရုပ်သိမ်းခြင်းအသိပေးစာကို တင်ပြသည့်အချိန်အထိ ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်က သက်ရောက်မှုရှိနေလိမ့်မည်ဖြစ်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းအကြောင်း အသိပေးစာကို လက်ခံမရရှိမီ ဤတရားဝင်ခွင့်ပြုချက်နှင့်အညီ ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက လုပ်ဆောင်ထားသော ပမာဏအထိပေါ်တွင် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းက သက်ရောက်မှုရှိလိမ့်မည်မဟုတ်သည်မှလွဲ၍၊ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းသည် ထုတ်ပေးသည့်အဖွဲ့အစည်းက ကျွန်ုပ်၏ ရေးသားအသိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိချိန်မှစကာ ချက်ခြင်း သက်ရောက်မှုရှိပါလိမ့်မည်။

ကျွန်ုပ်သည် Memorial Home Hospice ထံ 217–788–4663 သို့ သို့မဟုတ် MH ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုရုံးခန်းထံ မေးလ်ဖြင့်- MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781–0001; 217–757–7753 သို့ တယ်လီဖုန်းဖြင့် သို့မဟုတ် လေးစားလိုက်နာမှုနှင့် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ သတိပေးလိုင်းထံ 800–541–9331 သို့၊ သို့မဟုတ် ROIGeneral@mhsil.com သို့ အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။