ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်အသိပေးရန် ခွင့်ပြုချက်

Owensboro Health

ဆေးမှတ်တမ်း ခွင့်ပြုချက်ပုံစံကို ဖြည့်သွင်းနည်း

- လူနာနှင့်သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များ
  - လူနာ၏ ရှေ့အမည်၊ နောက်အမည်၊ အလယ်အမည် အတိုကောက် (ရှိပါက)၊ မွေးနေ့၊ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်၏ နောက်ဆုံးဂဏန်းလေးလုံး၊ လိပ်စာအပြည့်အစုံ၊ နယ်မြေကုဒ်အပါအဝင် ဖုန်းနံပါတ်နှင့် လူနာ၏ အီးမေးလ်လိပ်စာ (ချန်လှပ်နိုင်သည်)တို့ကို ထည့်သွင်းပါ။
- သင်၏ မှတ်တမ်းများကို မည်သို့ကြည့်ရှုရယူလိုသနည်း။
  - သင့်မှတ်တမ်းများကို မည်သည့်နည်းလမ်းဖြင့် လက်ခံလိုကြောင်း ပြောပြပေးပါ။ **စာရင်းမှ ရွေးချယ်စရာ <u>တစ်ခုကိုသာ</u> အမှန်ခြစ်ပါ။**
  - အီးမေးလ်ကို ရွေးချယ်ခဲ့ပါက သင်မှ လုံခြုံရေးအရ ကွယ်ဝှက်ခြင်းလုပ်၍ မပို့ရန် မပြောမချင်း သင့်ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုကို ကာကွယ်နိုင်ရန်အတွက် မှတ်တမ်းများကို လုံခြုံရေးအရ ကွယ်ဝှက်ခြင်းလုပ်၍သာ ပေးပို့မည်ဖြစ်သည်။
- မှတ်တမ်းများကို မည်သည့်အကြောင်းရင်းကြောင့် တောင်းခံရသနည်း။
  - မှတ်တမ်းများ တောင်းခံရခြင်း အကြောင်းရင်းများမှ သင့်လျော်သည့်အကြောင်းရင်းကို ရွေးချယ်ပါ။ **<u>တစ်ခုကိုသာ</u> အမှန်ခြစ်ပါ။**
- သင့်မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ဖော်အသိပေးရန် မည်သူ့ကို ခွင့်ပြုချက်ပေးမည်နည်း။
  - ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ၊ လိပ်စာ၊ ဧရိယာကုဒ်ပါဝင်သည့် ဖုန်းနံပါတ်နှင့် ဧရိယာကုဒ်ပါသည့် ဖက်စ်နံပါတ်တို့ကို ဖြည့်သွင်းပါ။
- သင့်မှတ်တမ်းများအား မည်သည့်နေရာသို့ ပေးပို့စေလိုသနည်း။
  - သင့်မှတ်တမ်းများကို လူနာထံသို့သာ ပေးပို့လိုလျှင် အောက်ပါအကွက်တွင် အမှန်ခြစ်ပါ။ နောက်တစ်ပိုင်းကို ကျော်သွား၍ရပါသည်။
  - မှတ်တမ်းများကို လူနာမဟုတ်သည့် အခြားသူတစ်ဦးထံ ပေးပို့မည်ဆိုပါက လက်ခံမည့်သူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ်၊ ဖက်စ်နံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်လိပ်စာတို့ကို ထည့်သွင်းပါ။
- မည်သည့်အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်လိုသနည်း။ (ထုတ်ဖော်လိုသည့် အချက်အားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ)
  - သင်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ခံယူခဲ့သည့် အချိန်ကာလ ရက်စွဲများကို ဖြည့်သွင်းပြီး သင်မည်သည့်မှတ်တမ်းများ ထုတ်ဖော်လိုသည်ကို ဖော်ပြပေးပါ။
  - သင်တောင်းခံလိုသည့် မှတ်တမ်းအမျိုးအစားနှင့် အကိုက်ညီဆုံး အကွက်ကို အမှန်ခြစ်ပါ။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်အသိပေးရန် ခွင့်ပြုချက်

Owensboro Health

- ○ သတိပြုရန်- ဆေးမှတ်တမ်း ကောက်နုတ်ချက်တွင် H&P၊ ခွဲစိတ်ကုသမှု အစီရင်ခံစာများ၊ ဆွေးနွေးတိုင်ပင်ချက်များ၊ စစ်ဆေးမှုဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာများနှင့် ဆေးရုံးဆင်း အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်များ ပါဝင်သည့် ဆီလျော်သည့်အချက်အလက်အားလုံး ပါရှိပါသည်။
- ○ အခြား- သင့်တောင်းခံချက်အလိုက် ပိုမိုအဆင်ပြေစွာ တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် သင်တောင်းခံလိုသည့် မှတ်တမ်းအမျိုးအစား အတိအကျကို ဖော်ပြပေးပါ။ (ဥပမာ- ရောဂါအမျိုးအစား သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်ကုသမှု တစ်ခုနှင့် ပတ်သက်၍၊ ဓာတ်ခွဲခန်းစစ်ဆေးချက် တစ်မျိုးမျိုးနှင့် ပတ်သက်၍ စသဖြင့်)
- ○ ရုံး/ဆေးခန်း မှတ်တမ်းများ- ဆရာဝန်မှ ရုံး/ဆေးခန်းသို့ လာရောက်တွေ့ဆုံမှုမှ မှတ်တမ်းများကို လိုအပ်မှသာ ရွေးချယ်ပါ။ သင့်မှတ်တမ်းကို သင်၏ပံ့ပိုးသူထံမှ တောင်းခံရယူနိုင်ရန် ၎င်းပံ့ပိုးသူအမည်ကို ဖြည့်သွင်းပေးပါ။

♦ *အထူးကာကွယ်ထားသည့် မှတ်တမ်းများအား ထုတ်ဖော်ခြင်း။*

- ○ *ဤခွင့်ပြုချက်အား လက်မှတ်ထိုးခြင်းသည် (သက်ဆိုင်ပါက) ဥပဒေအရ သီးခြားကာကွယ်ထားသည့် အထူးမှတ်တမ်း အမျိုးအစားများကို ထုတ်ဖော်ရန် ခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းရှိ အချက်အလက်များတွင် လိင်ဆက်ဆံခြင်းမှတစ်ဆင့် ကူးစက်သော ရောဂါများ၊ နာတာရှည်ကိုယ်ခံအားကျဆင်းမှု ရောဂါ (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) သို့မဟုတ် လူ့ကိုယ်ခံအားကျဆင်းစေသည့် ရောဂါပိုး (human immunodeficiency virus, HIV) တို့နှင့်သက်ဆိုင်သော သတင်းအချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ မူးယစ်ဆေး သို့မဟုတ် အရက် စွဲနေကြောင်း ရောဂါသတ်မှတ်ချက် သို့မဟုတ် ကုသမှု၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါအတွက် ကုသမှု သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုတို့နှင့် သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များနှင့် မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာ အချက်အလက်များလည်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။*

♦ မီးဖွားမှုမှတ်တမ်းဆိုင်ရာ အသိပေးချက်

- ○ သင်သည် Owensboro Health တွင် မီးဖွားခဲ့ခြင်းဖြစ်ပါက သင့်ဆေးမှတ်တမ်းတစ်စိတ်တစ်ဒေသသည် ရင်သွေးငယ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းထဲတွင် ပေါင်းစပ်ပါဝင်ပါလိမ့်မည်။

♦ သက်တမ်းကုန်ရက်

- ○ ဤခွင့်ပြုချက်သည် ချက်ချင်းသက်ရောက်မည်ဖြစ်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက် ရက် 120 အတွင်း ဆက်လက်သက်ရောက်မည် ဖြစ်ပါသည်။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်အသိပေးရန် ခွင့်ပြုချက်

- ပြန်လည်ထုတ်ဖော်အသိပေးခြင်း
  - ဤခွင့်ပြုချက်အရ အသုံးပြုခဲ့သည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခဲ့သည့် အချက်အလက်များသည် (HIPAA ဟုလည်း ခေါ်ဆိုသည့်) ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ်ဥပဒေ၏ ကာကွယ်မှုအောက်တွင် ရှိတော့မည်မဟုတ်ပါ။
- ဥပဒေအရ သင့်အခွင့်အရေးများ
  - ဤအပိုင်းမှာ သတင်းအချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးခြင်းသာ ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတွင် ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံရေးဆိုင်ရာ ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ် ဥပဒေများအရ သင့်အခွင့်အရေးများကို ရှင်းပြပေးထားပါသည်။
- ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်။
  - သင်သည် လူနာတစ်ဦးအတွက် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုချက်အရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ဖြစ်ပါက သင်သည် ထိုလူနာဖြစ်ကြောင်း သို့မဟုတ် လူနာအတွက် ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုချက်အရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး ဖြစ်ကြောင်း သက်သေပြမည့် စာရွက်စာတမ်းများ ထပ်တိုးပြသပေးရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။
- လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲ
  - ဤခွင့်ပြုချက် အတည်ဖြစ်စေရန်အတွက် သင့်လက်မှတ်နှင့် ရက်စွဲတို့ကို လိုအပ်ပါသည်။ သင်သည် လူနာ၏ကိုယ်စား ဤခွင့်ပြုချက်တွင် ဖြည့်သွင်းခြင်းဖြစ်ပါက သင့်အမည်နှင့် လူနာနှင့်သင့်အကြား ဆက်နွယ်မှုတို့ကို ပုံနှိပ်ထည့်သွင်းပေးပါ။
- သင့်တောင်းခံချက်ကို ပေးပို့ ရမည့်လိပ်စာ

OHRH
PO Box 20007
Owensboro, KY 42304-0007
Attn: Health Information Mgmt.
ဖုန်း- 270-417-6800
ဖက်စ် 270-417-6809

OHMCH
440 Hopkinsville St.
Greenville, KY 42345
Attn. Health Information Mgmt.
ဖုန်း- 270-338-8378
ဖက်စ် 270-338-8516

OHTLMC
910 Wallace Ave.
Leitchfield, KY 42754
Attn: Health Information Mgmt.
ဖုန်း- 270-259-9517
ဖက်စ် 270-259-9589

အီးမေးလ်- himroi@owensborohealth.org

၎င်းခွင့်ပြုချက်ပုံစံအား ဖြည့်သွင်းရာတွင် အကူအညီ ထပ်မံလိုအပ်ပါက (270) 417-6800, သို့ ခေါ်ဆိုပါ။