



មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ

# Patient Consent for Care and Treatment

ការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺសម្រាប់ការថែទាំ និងការព្យាបាល

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានចុះឈ្មោះដែលកំពុងត្រូវបានរាយការណ៍ទៅ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health បច្ចុប្បន្នគឺត្រឹមត្រូវ ហើយខ្ញុំយល់ថាការបំភាន់ដោយចេតនាណាមួយនៃព័ត៌មាននោះអាចបណ្តាលឱ្យខ្លួនទទួលខុសត្រូវចំពោះការគិតថ្លៃសេវាពេញលេញដែលបានផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំ។

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់បុគ្គលិកពេទ្យដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ និង/ឬមានវិញ្ញាបនបត្រ បុគ្គលិកពេទ្យសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង/ឬ បុគ្គលិកពេទ្យផ្សេងៗ ដើម្បីផ្តល់ការព្យាបាល និងការព្យាបាលដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ និងវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់។ លើសពីនេះ ខ្ញុំយល់ថា មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health គឺជាកន្លែងបង្រៀន ហើយគ្រូបង្រៀន សិក្ខាកាម អ្នកស្រុក និងសិស្សអាចសង្កេតមើល និង/ឬចូលរួមក្នុងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។

ពេលខ្លះ ការទៅណាត់ជួបនៅ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health នឹងត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine ។ ខ្ញុំយល់ថាសេវា តេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine អនុញ្ញាតឱ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ផ្តល់ការណាត់ជួបដែលមិនមានវត្តមានដោយផ្ទាល់ និងអាចត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈកុំព្យូទ័រ ថែបផ្លេទ ឬការហៅទូរស័ព្ទ។ ខ្ញុំយល់ថា ដូចជាការទៅជួបដោយផ្ទាល់ ការទៅជួបតាមតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine នឹងត្រូវបានគិតប្រាក់ទៅឱ្យការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ និង/ឬខ្លួនខ្ញុំផ្ទាល់ ហើយថាខ្លួនទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះសេវាកម្មទាំងអស់ដែលបានផ្តល់។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំយល់ដូចខាងក្រោមទាក់ទងនឹងតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine៖

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានជម្រើសក្នុងការបដិសេធសេវាតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine នៅពេលណាមួយដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិក្នុងការថែទាំ ឬការព្យាបាលនាពេលអនាគត និងដោយគ្មានហានិភ័យនៃការបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍។ ខ្ញុំមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលខ្ញុំចាត់ទុកថាមិនសមរម្យ ឬមិនចង់បានឮដោយអ្នកដទៃនោះទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនជ្រើសរើសចូលរួមក្នុងគម្រោងតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine គេនឹងមិនចាត់វិធានការណាមួយប្រឆាំងនឹងខ្ញុំទេ ដែលនឹងធ្វើឱ្យមានការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំនៅតែអាចបន្តទៅជួបគ្រូពេទ្យដោយផ្ទាល់បាន។
- ខ្ញុំយល់ថាដូចជាបច្ចេកវិទ្យាណាមួយរបស់តេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine មានដែនកំណត់របស់វា រួមទាំងឧបករណ៍មិនដំណើរការ និងហានិភ័យសុវត្ថិភាពព័ត៌មាន។ ដូច្នេះមិនមានការធានាទេថាការទៅជួបតេឡេហែល/តេឡេមេឌស៊ីន Telehealth/Telemedicine នឹងលុបបំបាត់គម្រូវការសម្រាប់ខ្ញុំក្នុងការជួបគ្រូពេទ្យដោយផ្ទាល់។

ខ្ញុំយល់ថា មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health និង/ឬគ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការព្យាបាលដែលមានវិជ្ជាជីវៈដល់អ្នកជំងឺត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្ទេរ និង/ឬព័ត៌មានស្តីអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្តព័ត៌មានគ្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ ទៅកាន់អ្នកដទៃសប្បុរសបន្ត ប្រសិនបើមាន និងទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយមេឌីយេ

Medicare (CMS) និង/ឬ មេឌីខែត Medicaid (DSHS)  
 សម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានការទូទាត់នៅលើគណនី។ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ  
 Neighborcare Health  
 ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានពីកំណត់ត្រារវាងសម្របសម្រួលរបស់ខ្ញុំទៅកាន់កន្លែងថែទាំសុខភាពផ្សេង  
 ទៀត និង/ឬអ្នកផ្តល់សេវា ដែលការថែទាំរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានគេផ្ទេរ។

ការអនុញ្ញាតនេះនៅតែមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា  
 លុះត្រាតែការយល់ព្រមត្រូវបានលុបចោលពីអ្នកជំងឺដោយការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកា  
 ន់ប្រធានពេទ្យ និង/ឬប្រធានពេទ្យផ្សេងទៀតនៅ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ។  
 ការចាត់តាំង និងការចេញផ្សាយនេះអនុញ្ញាតឱ្យ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare  
 Health បញ្ចេញទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ មេឌីវេជ្យ Medicare (CMS) និង/ឬ មេឌីខែត  
 Medicaid (DSHS)  
 ព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវការដើម្បីកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបង់សម្រាប់សេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធ  
 ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ មេឌីវេជ្យ Medicare (CMS) និង/ឬមេឌីខែត Medicaid  
 (DSHS) បង់ថ្លៃសេវា មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health  
 ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ។  
 ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ប្រាក់ពេញលេញសម្រាប់រាល់ការគិតថ្លៃដែលមិនទាន់បង់ពេញដោយការធានារ៉ាប់រង  
 របស់ខ្ញុំដែលបន្ទុកជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការបង់ប្រាក់នៅសល់។

**ការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺសម្រាប់ការព្យាបាល និងការថែទាំ**

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់  
 និងត្រូវបានណែនាំអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅលើទម្រង់បែបបទការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺសម្រាប់  
 ការព្យាបាល និងការថែទាំ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ និង/ឬអ្នកធានា

**HIPAA ការអនុលោមតាមច្បាប់ និងការជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព**

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់  
 និងត្រូវបានណែនាំអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព  
 របស់ មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរ Neighborcare Health ។  
 ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ និង/ឬអ្នកធានា

**សិទ្ធិអ្នកជំងឺ និង ទំនួលខុសត្រូវ**

ហត្ថលេខា ខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់និង  
 ត្រូវបានណែនាំអំពីព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជម្ងឺ  
 មន្ទីរថែទាំសុខភាព នៃប័រវែរហេល Neighborcare Health ។  
 ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះបាន។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ និង/ឬអ្នកធានា

**ជំនួយភាសា និងជំនួយជំងឺអេដស៍ និងសេវាកម្ម**

My signature below indicates that I understand and have been advised that free language assistance services are available to Neighborcare Health patients. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. If I need language assistance services or auxiliary aids and services, I will notify Neighborcare Health.

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំខាងក្រោមបង្ហាញថាខ្ញុំយល់ និងត្រូវបានណែនាំថា សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នកជំងឺ Neighborcare Health ។ ជំនួយ និងសេវាជំនួយសមស្របដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការសេវាជំនួយផ្នែកភាសា ឬជំនួយ និងសេវាកម្មជំនួយ ខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងដល់ Neighborcare Health។

**Patient and/or Guarantor Signature**

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ និង/ឬអ្នកធានា

**ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ**

[Empty box for contact information]