

**SSG - ASIAN PACIFIC COUNSELING AND TREATMENT CENTERS**  
**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ**

**អតិថិជន៖**

ឈ្មោះអតិថិជន/ឈ្មោះពីមុន ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខអតិថិជន

ឈ្មោះអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ (ប្រសិនបើមាន)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់

**អនុញ្ញាត៖**

**ការប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) ទៅ៖**

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព/ផ្សេងៗ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង លេខកូដតំបន់របស់រដ្ឋ

ទីក្រុង លេខកូដតំបន់របស់រដ្ឋ

**ព័ត៌មានដែលត្រូវបញ្ចេញ៖**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ការប៉ាន់ប្រមាណ/ការវាយតម្លៃ | <input type="checkbox"/> លទ្ធផលតេស្តផ្លូវចិត្ត      | <input type="checkbox"/> ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ              |
| <input type="checkbox"/> លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍        | <input type="checkbox"/> ថ្នាំ                      | <input type="checkbox"/> កំណត់ចំណាំការព្យាបាល/ដំណើរវិវត្ត |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាទាំងមូល           | <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |   |

**កំណត់ចំណាំ៖** ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ និង/ឬព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជ ឬសុខភាពផ្លូវភេទ នឹងមិនត្រូវបានបង្ហាញឡើយ លើកលែងតែមានការស្នើសុំជាពិសេសដោយធាតុប្រអប់នៅទីនេះ៖

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង | <input type="checkbox"/> ការប្រើប្រាស់រោគញៀន   | <input type="checkbox"/> មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ |
| <input type="checkbox"/> ការរំលូតកូន              | <input type="checkbox"/> ការថែទាំសុខភាពបន្តពូជ |  |

**កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល**

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញកំណត់ត្រាសម្រាប់រយៈពេលដូចខាងក្រោម៖ ពី \_\_\_\_\_ ដល់ \_\_\_\_\_

វិធីសាស្ត្រនៃការប្រគល់កំណត់ត្រាដែលបានស្នើសុំ៖ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ

- សំបុត្រ  ទៅយក  អ៊ីមែលទៅ៖ \_\_\_\_\_

**គោលបំណងនៃការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញព័ត៌មាន៖ ( ធីកប្រភេទដែលពាក់ព័ន្ធ )**

- អតិថិជន សំណើ  ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)៖ \_\_\_\_\_

ខ្ញុំយល់ថាវាជាការបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI របស់ខ្ញុំ អាចនាំឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានជាថ្មីដោយគ្មានការអនុញ្ញាត ហើយព័ត៌មានអាចមិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ខ្ញុំយល់ថានៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California អ្នកទទួលព័ត៌មាន PHI ក្រោមការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានហាមឃាត់មិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI ឡើងវិញនោះទេ លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមការតម្រូវជាក់លាក់ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញ ព័ត៌មាននេះប្រហែលជាមិនអាចប្រមូលមកវិញបានទេ។

**កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់៖**

លើកលែងតែត្រូវបានដកហូតដោយអ្នកជំងឺ បើមិនដូច្នោះទេ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពដល់បុគ្គល/អង្គការដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះនឹងផុតកំណត់ដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 1 ឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា ឬនៅថ្ងៃ ឬនៅពេលដែលបានបញ្ជាក់ខាងក្រោម ពោលគឺមួយណាដែលកើតឡើងមុន។  
 ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ឬ \_\_\_\_\_ នៅពេល  
ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ នៅពេល

**SSG - ASIAN PACIFIC COUNSELING AND TREATMENT CENTERS**  
**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ**

**សិទ្ធិរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុញ្ញាតនេះ៖**

**សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាត** - ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំយល់ព្រមចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ដែលខ្ញុំមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើនោះឡើយ ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ឱ្យនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារួច។

**សិទ្ធិដកហូតការអនុញ្ញាត** - ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បាន តាមរយៈការជូនដំណឹងដល់ SSG-APCTC ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ខ្ញុំអាចប្រើការដកហូតការអនុញ្ញាតនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទម្រង់បែបបទនេះ ហើយផ្ញើសំបុត្រ ឬបញ្ជូនការដកហូតនេះទៅកាន់៖

បុគ្គលដែលអាចទាក់ទងបាន	ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ
<p><b>អាសយដ្ឋាន</b></p> <p>ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថាការដកហូតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ SSG-APCTC ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយក្នុងការប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពសម្រាប់ហេតុផលទាក់ទងនឹងការពឹងផ្អែកពីមុនលើការអនុញ្ញាតនេះ ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឡើយ។</p> <p><b>លក្ខខណ្ឌ៖</b> ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចនឹងបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួល បានការព្យាបាលឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ SSG-APCTC អាចមានលក្ខខណ្ឌក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ លើការទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងសម្រាប់ការ ព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវនោះ។ (និយាយម្យ៉ាងទៀត ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតនេះទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវដែលរួមបញ្ចូល ការព្យាបាល អ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលនោះបានទេ លើកលែងតែមានការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតនេះ។)</p> <p>ខ្ញុំមានឱកាសពិនិត្យមើល និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតនេះ។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ មានន័យថាខ្ញុំកំពុងបញ្ជាក់ថាវាឆ្លុះបញ្ចាំងយ៉ាងត្រឹមត្រូវអំពីបំណងប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំ។</p>	<p><b>ទីក្រុង លេខកូដតំបន់របស់រដ្ឋ</b></p> <p align="right"><b>X</b></p> <hr/> <p>កាលបរិច្ឆេទ</p>
<p align="center"><b>X</b></p>	<p align="center"><b>X</b></p>
<p>ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់</p>	<p>កាលបរិច្ឆេទ</p>
<p>ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីអតិថិជន ទំនាក់ទំនងរដ្ឋ និងអាជ្ញាធរ៖</p>	<p></p>
<p align="center"><b>X</b></p>	<p></p>

**ការដកហូតការអនុញ្ញាត**

<p>ឈ្មោះអតិថិជន</p>	
<p>ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់</p>	<p>កាលបរិច្ឆេទ</p>
<p>ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីអតិថិជន សូមសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងទំនាក់ទំនងរដ្ឋ និងអាជ្ញាធរ។</p>	
<p>ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព៖ _____</p>	
<p>ទំនាក់ទំនង និងអាជ្ញាធរ៖ _____</p>	