



SWEDISH

ការអនុញ្ញាតអោយប្រើប្រាស់ បង្ហាញ & ចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KHMER)

ខ្ញុំយល់ដឹងខាងក្រោម:

I understand the following:

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើប័ណ្ណនេះសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យបង្ហាញ និងចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក របស់ខ្ញុំ។ ការបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនឹងមិនប៉ះពាល់ជូនជូរលើសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលសេវាថែទាំសុខភាព ឬសំណងលើសេវាឡើយ។ ករណី តែមួយដែលនៅពេលបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតអាចប៉ះពាល់ជូនជូរលើសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលសេវាថែទាំសុខភាពគឺប្រសិនបើសេវាថែទាំសុខភាពទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ ឬក្នុងគោលបំណងផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពទៅនរណាម្នាក់តែម្យ៉ាង ហើយការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ ដើម្បីធ្វើការ បើកបង្ហាញ។

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- ថ្លៃចំណាយនានាអាចជាប់ទាក់ទងនឹងសំណើនេះ។ There may be a fee associated with this request.
- ព័ត៌មានដែលបានប្រើប្រាស់ ឬបើកបង្ហាញអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះអាចនឹងត្រូវបើកបង្ហាញម្តងទៀត ហើយមិនមែននៅក្រោមការការពារនៃច្បាប់សហព័ន្ធទេ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថាច្បាប់សហព័ន្ធ ឬច្បាប់រដ្ឋអាចរឹតបន្តឹងការបើកបង្ហាញម្តងទៀតនៃព័ត៌មានពិជីវិកាអេដស៍/HIV/AIDS ជំងឺផ្លូវចិត្ត ព័ត៌មាននៃការធ្វើតេស្តហ្សែននិងការធ្វើមេកានិកវិជ្ជាជីវៈ/ជាតិអាល់កុល ការព្យាបាល ឬព័ត៌មានបញ្ជូន។ Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានលិខិតចម្លងនៃការអនុញ្ញាតដែលបានចុះហត្ថលេខា។ I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- ខ្ញុំអាចដកហូតលិខិតអនុញ្ញាតនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលណាក៏បាន។ បើខ្ញុំដកហូតលិខិតអនុញ្ញាតនេះ ព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោម នឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬ បើកបង្ហាញក្នុងគោលបំណងដូចដែលបានរៀបរាប់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរលើការអនុញ្ញាតទៀតឡើយ។ ករណីលើកលែងតែមួយគឺនៅពេលនៅពេលដែល Swedish បានចាត់វិធានការដោយពឹងផ្អែកលើការអនុញ្ញាតឬការអនុញ្ញាតត្រូវបានទទួល ជាលក្ខខណ្ឌនៃការធានារ៉ាប់រង។

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

សូមដាក់ ឬដកនូវការអនុញ្ញាតនេះនៅទីតាំងណាមួយក្នុងចំណោមទីតាំងទាំងនេះអាស្រ័យលើកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំ:

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p align="center">Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 ទូរសារ/Fax: (206) 320-2626 អ៊ីម៉ែល/Email: ROI@swedish.org</p>	<p align="center">Swedish Medical Group ទូរស័ព្ទ/Phone: (206) 320-3025 ទូរសារ/Fax: (478) 238-9436 អ៊ីម៉ែល/Email: smgroi-wa@ciioxhealth.com</p>
--	--

សំខាន់៖ មជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Swedish មិនមានបោះពុម្ព ឬចេញផ្សាយលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកជំងឺទៅទេ លើកលែងតែមានការចាំបាច់សម្រាប់ការចេញវិក័យប័ត្រ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ លេខសន្តិសុខសង្គមអាចនឹងត្រូវបានបញ្ជូលក្នុងព័ត៌មានអ្នកជំងឺដែលមានអាយុច្រើនជាងពីរបីឆ្នាំ។



SWEDISH

ការអនុញ្ញាតអោយប្រើប្រាស់ បង្ហាញ & ចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KHMER)

ព័ត៌មានដែលអ្នកបានអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញអាចរួមបញ្ចូលទាំងលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក។

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.

កន្លែងព្យាបាល បុគ្គលិក មន្ត្រី និងគ្រូពេទ្យ គឺត្រូវរួចផុតពីបន្ទុក កម្មវិធីសុខភាពសង្គម ក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានខាងលើទៅតាមកម្រិតដែលបានអនុញ្ញាត ឬបង្ហាញជូននៅក្នុងឯកសារនេះ។

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services និងដៃគូរបស់ខ្លួន មិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិកំណើត ភេទ អាយុ ឬពិការភាពនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាព និងសកម្មភាពរបស់ខ្លួនឡើយ។

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ចំណាប់អារម្មណ៍: ប្រសិនបើអ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ

អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃពីអ្នក។ ហៅទូរស័ព្ទទៅ (888) 311-9127 (TTY: 711)។

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ខ្ញុំបានអនុញ្ញាតឱ្យ Swedish ប្រើនិងបើកចំហច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានសុខភាពជាក់លាក់ដែលបានពណ៌នាខាងក្រោម:

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:/Patient's Name _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:/DOB: _____

អាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ/Patient's Address: _____ ទូរស័ព្ទ/Phone: _____

ទីក្រុង/City: _____ រដ្ឋ/State: _____ ប្រ៊ិបកូដ/Zip Code: _____

ត្រូវបើកចំហចំពោះ: ខ្លួនឯង ឬឈ្មោះអ្នកទទួល: _____
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

អាសយដ្ឋានអ្នកទទួល: _____
Recipient's Address:

ទីក្រុង/City: _____ រដ្ឋ/State: _____ ប្រ៊ិបកូដ/Zip Code: _____

ទូរស័ព្ទ/Phone: _____ ទូរសារ/Fax: _____ អ៊ីម៉ែល/Email: _____

សូមផ្ញើឯកសាររបស់ខ្ញុំតាមរយៈ: MyChart អ៊ីម៉ែល ឌីស ក្រដាស ទូរសារ
Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

ខ្ញុំស្នើសុំព័ត៌មានពីកន្លែងដូចខាងក្រោម: I am requesting information from the following facility(s):

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ (បញ្ជី) & លេខទូរស័ព្ទ Hospital Name (List) & Phone Number	ឈ្មោះគ្លីនិក (លេខ) និងលេខទូរស័ព្ទ Clinic Name (List) & Phone Number

សម្រាប់ជួរកាលបរិច្ឆេទពី: _____ ដល់: _____
For the range of dates from: _____ to: _____

សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬរបួសដូចខាងក្រោម: _____
For information related to the following diagnosis or injury: _____



SWEDISH

ការអនុញ្ញាតអោយប្រើប្រាស់ បង្ហាញ & ចែកចាយព័ត៌មានសុខភាពដែលបានរក្សាទុក AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (KHMER)

ព័ត៌មានដែលនឹងត្រូវបានបង្ហាញ/Information to be disclosed:

- ប្រវត្តិ & កាយសម្បទារ/History & Physical
- របាយការណ៍វះកាត់/Operative Report
- របាយការណ៍ពេទ្យវិនិច្ឆ័យ (មន្ទីរពិសោធន៍, ការស៊ីអិច, EKG ជាដើម)
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)/Other (specify):
- ខ្លឹមសារសង្ខេបពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ/Discharge Summary
- របាយការណ៍នាយកដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់/
Emergency Department Report
- កំណត់សំគាល់ពីការវិវត្ត/Progress Notes

សម្រាប់គោលបំណង: _____

For the purpose of:

លុះត្រាតែមានការដកហូត ការអនុញ្ញាតនេះផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃ ឬនៅកាលបរិច្ឆេទនេះ: _____

Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

លក្ខខណ្ឌ: ការអនុញ្ញាតនេះនឹងពង្រីកដល់គ្រប់រូបភាពទាំងអស់នៃការធ្វើតេស្ត និង/ឬការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ជំងឺ AIDS ការឆ្លងមេរោគ HIV ការផឹកស្រានិង/ ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន លក្ខខណ្ឌសុខភាពផ្លូវចិត្តឬព័ត៌មានបំពេញផ្លូវអារម្មណ៍ផ្សេងទៀតបាន

លុះត្រាតែមានការបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ពីខ្ញុំជាលាយលក្សណ៍អក្សរ។

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ: _____ កាលបរិច្ឆេទ/Date: _____

Patient Signature: _____
(បោះពុម្ពបែបបទ និងចុះហត្ថលេខាដោយដៃ)

(Print form and sign by hand)

អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺ: _____ កាលបរិច្ឆេទ/Date: _____

Patient Representative Name:

អ្នកតំណាងអ្នកជំងឺ: _____
Patient Representative Signature: _____
(បោះពុម្ពប្រុងបែបបទ និងចុះហត្ថលេខាដោយដៃ។ សូមបញ្ជូលឯកសារគាំទ្រ។)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកជំងឺ: _____

Relation to Patient:

