



ՍՊԱՌՈՂՆԵՐԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՅԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Սպառողների տեղեկատվություն			
Ազգանուն	Անուն	Միջին անուն	Ծննդյան ամսաթիվ
Հասցե	Քաղաք/Նահանգ/Փոստային կոդ		UCI համարը

Տեղեկատվություն տրամադրող անձ/կազմակերպություն

- ☐ Չարգացման ծառայությունների վարչություն
- ☐ Porterville զարգացման կենտրոն
- ☐ Canyon Springs զարգացման կենտրոն
- ☐ STAR տուն՝ _____
(STAR տան գտնվելու վայրը)

☐ Այլ՝ _____

Տեղեկատվություն ստացող անձ/կազմակերպություն

Անուն՝ _____

Հեռախոս՝ _____

Քաղաք/Նահանգ/Փոստային կոդ: _____

Հեռախոս՝ _____

Էլ. փոստ՝ _____

- ☐ Տեղեկատվությունը կարող է ուղարկվել և ստացվել վերը նշված կողմերի միջև:

Երբ թույլտվություն է ստացվում DDS-ի կողմից, սպառողի/առողջության մասին տեղեկատվությունը կարող է օգտագործվել կամ բացահայտվել թույլտվության մեջ հատուկ նշված նպատակների համար:

- ☐ Հրապարակվող գրառումների ամսաթվերի շրջանակը՝
_____ մինչև _____

ԿԱՄ

- ☐ Հրապարակեք ստորև լիազորված գրառումները՝ անկախ ամսաթվից:

Հիվանդի գաղտնի տեղեկատվություն. Տես Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգիրք, Բաժին 4514 HIPAA Գաղտնիության կանոն CFR Բաժին 164.508



ՍՊԱՌՈՂՆԵՐԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՅԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հրապարակվելիք տեղեկատվության նկարագրությունը.

(DDS-ի կողմից հավաքված, պահպանված, օգտագործված, բացահայտված բոլոր գրառումները հոգեկան առողջության գրառումներ են:)

- ☐ Անձնական նույնացուցիչ, ախտորոշում և/կամ ժողովրդագրական տվյալներ
- ☐ Անհատական ծրագրի պլան (IPP)
- ☐ Դեղորայքային գրառումներ
- ☐ Կլինիկական լաբորատորիայի հաշվետվություններ
- ☐ Ֆիզիկական հետազոտություն/բժշկական պատմություն
- ☐ Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) բուժման գրառումներ
- ☐ Ծառայությունների համար վճարման/հայցի/գնման տեղեկատվություն
- ☐ Իրավաբանական փաստաթղթեր
- ☐ Այլ (խնդրում ենք նշել)՝ _____

**ԱՅՍ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՆԱԽԱՏԵՍՎԱԾ Է ՀԵՏԵՎՅԱԼ
ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՄԻԱՅՆ ՄԵԿ ԱՆԳԱՍ ԲԱՑԱՅԱՅՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ:
ՀԵՐԹԱԿԱՆ ԲԱՑԱՅԱՅՏՈՒՄՆԵՐԸ
ԿՊԱՅԱՆՁԵՆ ԱՅԼ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ:**

Հատուկ պաշտպանված գրառումներ	Սպառողի անվան սկզբնատառեր
☐ ՄԻԱՎ/ԶԻԱՅ-ի թեստի արդյունքները	
☐ Գենետիկական թեստի արդյունքները	

Տեղեկատվության հրապարակման նպատակը

- ☐ Սպառողի խնդրանքով (միայն այն դեպքում, եթե սպառողը նախաձեռնում է թույլտվությունը)
- ☐ Իրավաբանական ներկայացուցչություն
- ☐ Այլ՝ _____

Հիվանդի գաղտնի տեղեկատվություն. Տես Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգիրք, Բաժին 4514 HIPAA Գաղտնիության կանոն CFR Բաժին 164.508



ՍՊԱՌՈՂՆԵՐԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՅԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Տեղեկատվության հրապարակման նպատակը

Ես հասկանում եմ.

Ես թույլատրում եմ հրապարակել (համաձայնում եմ կիսվել) իմ անձնական առողջական տեղեկությունները: Երբ տեղեկատվությունն ուղարկվում է Չարգացման ծառայությունների վարչություն, մյուս անձը/կազմակերպությունը կիմանա, որ ես ստացել եմ զարգացման ծառայություններ:

Ես ստորագրում եմ այս թույլտվությունը կամավոր (իմ ընտրությամբ՝ առանց ուժի), և իմ բուժման, վճարման, գրանցման կամ նպաստների իրավունքի վրա չեն ազդի, եթե ես չստորագրեմ այս թույլտվությունը:

Հրապարակված տեղեկատվությունը կարող է կրկին համօգտագործվել ուրիշների հետ և այլևս պաշտպանված չէ, եթե այն բացահայտված է որևէ մեկին, բացառությամբ ծածկված կազմակերպության:

Տեղեկատվությունը պահանջող անձից կարող են գանձվել ողջամիտ վճարներ՝ պատճենահանման և փոստային առաքման ծախսերը հոգալու համար:

Ես իրավունք ունեմ ստանալու այս թույլտվության պատճենը:

Փոփոխելու կամ չեղյալ համարելու իրավունք. Տեղեկատվության ցանկացած հրապարակումից առաջ ես իրավունք ունեմ փոփոխելու կամ չեղյալ համարելու սույն թույլտվությունը (փոխել իմ միտքը և թույլ չտալ տեղեկատվության հրապարակումը), եթե՝

1. DDS-ն արդեն չի տրամադրել է գրառումներ՝ հենվելով թույլտվության վրա, կամ
2. Այս թույլտվությունը ստացվել է որպես ապահովագրական ծածկույթ ստանալու պայման, այլ օրենք ապահովագրողին իրավունք է տալիս վիճարկել պոլիսով կամ հենց պոլիսով պահանջը:

Հիվանդի գաղտնի տեղեկատվություն. Տես Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգիրք, Բաժին 4514 HIPAA Գաղտնիության կանոն CFR Բաժին 164.508



ՍՊԱՌՈՂՆԵՐԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՅԱՅՏՄԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Փոփոխելու կամ չեղյալ համարելու համար ես գրավոր հարցում կուղարկեմ հետևյալ հասցեին՝

☐ Չարգացման ծառայությունների վարչություն

☐ Porterville զարգացման կենտրոն

☐ Canyon Springs զարգացման կենտրոն

☐ STAR տուն՝ _____

(STAR տան գտնվելու վայրը)

☐ Այլ՝ ինչպես վերը նշված է որպես «Տեղեկատվություն տրամադրող անձ/սուբյեկտ».

Եթե չեղյալ չհամարվի, այս թույլտվության ժամկետը կլրանա հետևյալի վերջում՝

☐ Ամսաթիվ (նշեք)՝ _____

☐ 6 ամիս

☐ Մեկ տարի

☐ Իրադարձություն (նշեք)՝ _____

Սպառողի ԿԱՄ ☐ Անձնական ներկայացուցչի ստորագրություն	Ամսաթիվ
Տպագիր Անուն	
☐ Անհատը ընթացիկ սպառող է, ես վերանայել եմ այս թույլտվությունը սպառողի հետ նախքան ձևաթուղթը ստորագրելը: ☐ Ես ստուգել եմ Անձնական ներկայացուցչի լիազորությունները՝ ստորագրելու Սպառողի անունից:	
Անձնակազմի անդամի ստորագրությունը	
Տպագիր Անուն	Ամսաթիվ

Հիվանդի գաղտնի տեղեկատվություն. Տես Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգիրք, Բաժին 4514 HIPAA Գաղտնիության կանոն CFR Բաժին 164.508