

ՆՄՈՒՇ Ա

ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՏԱՆԱԱԻ ՄԱՍԻՆ ՀԻՎԱՆԴԻ ԿՈՂՄԻՑ  
ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ԴԻՍՈՒՄ

Ամսաթիվ \_\_\_\_\_ Հաշվի համարը \_\_\_\_\_

Հիվանդի անունը \_\_\_\_\_ Այլանունները: \_\_\_\_\_

Ծննդյան ամսաթիվը \_\_\_\_\_ Հեռախոս \_\_\_\_\_

Հասցե \_\_\_\_\_ -Քաղաք/նահանգ/ինդեքս \_\_\_\_\_

Վերաբերում է (ամսաթիվ) \_\_\_\_\_ ից (ամսաթիվ) \_\_\_\_\_ ըընկած ժամանակահատվածին

Դուք մեզ դիմել եք՝ Ձեր վերաբերյալ առողջապահական տեղեկություններ ստանալու հարցով: Որպեսզի  
մենք հնարավորություն ունենանք կատարելու Ձեր խնդրանքը, խնդրում ենք ուշադրությամբ կարդալ ստորև  
շարադրվածը և լրացնել պահանջվող տեղեկությունները:

Տեղեկությունների տրամադրման համար Ձեզանից կարող է գումար գանձվել: Գումարի չափը կախված է այն  
բանից, թե ինչ ձևով եք Դուք ստանում Ձեր վերաբերյալ տեղեկությունները:

- A. «Glendale Memorial Hospital»-ուՏ Ձեր վերաբերյալ պահվող առողջապահական տեղեկությունները Ձեզ  
հարկավոր են հետևյալ նպատակով (Նշան դրեք վանդակներից մեկում).
  - միայն դրանց ծանոթանալու համար
  - միայն պատճենահանելու համար (Կարող է վճար գանձվել: Տես կից գնացուցակը:)
  - ծանոթանալու և պատճենահանելու համար (Կարող է վճար գանձվել: Տես կից գնացուցակը:)
- B. Հիվանդության պատմության օրինակի փոխարեն Դուք կարող եք պատվիրել հետևյալը.
  - Ձեր վերաբերյալ առողջապահական տեղեկությունների գրավոր ամփոփումը: (Կարող է վճար գանձվել:  
Տես կից գնացուցակը:)
- C. Նշեք, թե ինչ կարգի առողջապահական տեղեկություն է Ձեզ հարկավոր (Նշան դրեք բոլոր այն  
վանդակներում, որոնք հարկավոր են).
 

<input type="checkbox"/> Բոլոր տվյալները	<input type="checkbox"/> Շտապ օգնության սենյակի նշումները
<input type="checkbox"/> Էպիկրիզը	<input type="checkbox"/> Հիվանդության ելքը
<input type="checkbox"/> Ընթացքը և ֆիզիկակա գնումները	<input type="checkbox"/> Լաբորատոր անալիզները
<input type="checkbox"/> Խորհուրդների հաշվետվությունը	<input type="checkbox"/> Ներկայացված հաշիվների տվյալները
<input type="checkbox"/> Ռենտգենյան գնման արդյունքները	
<input type="checkbox"/> Այլ (իւնկրում ենք նշել) _____	

Հետևյալ կարգի տեղեկությունները պաշտպանված են տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման հատուկ  
օրենքներով, և դրանց ծանոթանալու թույլտվություն ստանալու համար կարող է հատուկ կարգ սահմանված  
լինել, կամ միայն հատուկ հանգամանքներում կարող է թույլատրվել դրանց ծանոթանալ, կամ նախքան  
թույլտվություն տալը կարող է անհրաժեշտ լինել խորհրդակցել Ձեր խնամքի համար պատասխանատու բժշկի  
կամ առողջապահական ծառայություններ տրամադրողի հետ. Եթե Ձեզ հետևյալ կետերից որևէ մեկի հետ  
առնչվող տեղեկություն է հարկավոր, խնդրում ենք Ձեր անվան սկզբնատառերով ստորագրեք բոլոր այն կետերի  
դիմաց, որոնք հարկավոր են Ձեզ՝ վավերացնելու համար Ձեր խնդրանքը:

\_\_\_\_\_  
Սկզբ նատառերը ՄԻԱՎ-ի (մարդկային իմանային անբավարարության վիրուս)  
ստուգման և արդյունք ները (Տրամադրվում է Ձեր բժշկի համաձայնությամբ:)

\_\_\_\_\_  
Սկզբ նատառերը Հոգեբուժակա և իս նամք (Տրամադրվում է խնամողի համաձայնությամբ:  
Shu էջ 2).

\_\_\_\_\_  
Սկզբ նատառերը Բուժում ոգելից խմիչքների և/կամ թմրադեղերի չարաշահումից:

Բոլոր հիվանդների (կամ նրանց անձնական ներկայացուցիչների) դիմում(ներ)ը՝ իրենց վերաբերյալ առողջապահական տեղեկություններ ստանալու կապակցությամբ, նայվում են այն հերթականությամբ, որով դրանք ստացվում են: Այն բանից հետո, երբ հիվանդանոցը ստանա և քննարկի Ձեր դիմումը, մենք Ձեզ տեղյակ կպահենք, թե երբ և որտեղ Դուք կարող եք ծանոթանալ Ձեր պահանջած տվյալներին և/կամ ստանալ դրանց օրինակը:

Տեղեկություններ ստանալու մասին այս դիմումը «Glendale Memorial Hospital»-ից չի պահանջում Ձեզանից կամ Ձեր անձնական ներկայացուցչից բացի որևէ այլ անձի Ձեր վերաբերյալ առողջապահական տեղեկություններ տրամադրել: Եթե Դուք մեզ խնդրեք Ձեր հիվանդության պատմությունը կամ Ձեր վերաբերյալ տեղեկությունները հայտնել մեկ այլ անձի, մեզ կարող է թույլտվություն հարկավոր լինել Ձեր ստորագրությամբ (դա դիմումի մեկ այլ ձև է), որպեսզի իրավունք ունենանք նման տեղեկություն տրամադրելու:

Ես կարդացել եմ սույն փաստաթղթում նշված պայմանները և համաձայն եմ դրանց հետ:	
Հիվանդի կամ նրա անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ
Տպատառերով գրեք անունը, եթե այն տարբեր է հիվանդի անունից	Հեռախոսի համարը
Անձնական ներկայացուցչի հարաբերությունը հիվանդի հետ	Ներկայացված ինքնության վկայականը

Ստորագրողների տվյալները ստուգող Պաշտոնը և բաժանմունքը

**FOR PSYCHIATRIC OR MENTAL HEALTH RECORDS  
CAREGIVER'S APPROVAL TO RELEASE OF INFORMATION**

The undersigned, the physician, licensed psychologist or social worker with a master's degree in social work, who is in charge of the patient hereby  approves  disapproves the release of information and records to the patient or personal representative specified herein.

(NOTE: If disclosure is disapproved, give reasons below and note any restrictions to the release of records. No approval is required for release to patient's attorney, unless the request is for the use or disclosure of information given in confidence by the patient's family.)

Signature: \_\_\_\_\_ Degree: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
*(physician, psychologist, social worker)*