



የኮሎምቢያ ግዛት መንግሥት

የስነ-ባህሪ ጤና መምሪያ ክፍል

የጋራ የሆነ የግላዊነት-መብት ተግባራዊነት ማስታወሻ

ይህ ማስታወቂያ በሚስጥር ስለሚያዙ ስለ እርስዎ የጤና መረጃዎች ማለትም የአእምሮ መታወክ የጤና መረጃን እና የአልኮል/የአደንዛዥ ዕድህምና እና የመከላከል መረጃን አካቶ እንዴት ጥቅም ላይ እንደሚውል እና ግልጽ እንደሚሆን የሚገልጽ ነው። እባክዎትን ይህን ማስታወቂያ በጥንቃቄ ይመልከቱ።

የሥነ-ባህሪ ጤና ክፍል (DBH) ቅንጅት የሥነ ባህሪ ጤና መምሪያን እና የአእምሮ የጤና አገልግሎቶችን ወይም እገዛዎችን እና/ወይም የአልኮል/የአደንዛዥ ዕድህምና እና የመከላከል አገልግሎቶችን ለመስጠት ከሥነ ልቦና የጤና መምሪያ ጋር ውል ወይም ስምምነት ውስጥ የገቡ ዕቅድና ያላቸው ወይም በDBH ፈቃድ ያላቸው የሥነ ባህሪ አቅራቢዎችን ያጠቃልላል። ይህ ማስታወቂያ በሥነ ባህሪ የጤና መምሪያ መዋቅር ውስጥ ተሳታፊዎች በሚስጥር የሚጠበቀውን የእርስዎን የጤና መረጃ (PHI) እንዴት እንደሚጠቀሙ፣ እንደሚጋሩ እና በሚስጥር እንደሚጠብቁ ይገልጻል።

በሚስጥር የሚጠበቀው የጤና መረጃ ምንድን ነው?

በሚስጥር የሚጠበቅ የጤና መረጃ ማንኛውም የተጻፈ፣ የተቀረጸ፣ ወይም እርስዎን የሚገልጽ ወይም እርስዎን ለመለየት ጥቅም ላይ ሊውሉ የሚችሉ እና ከእርስዎ የሥነ-ባህሪ ጤና ጋር የተያያዙ፣ ለእርስዎ የሚደረግ የህክምና እንክብካቤ እና ለእርስዎ የጤና እንክብካቤ የተፈለገውን ክፍያን የሚያካትት የንግግር መረጃን ነው።

በሚስጥር የተጠበቀን የእርስዎን የጤና መረጃ መጠቀም እና ግልጽ ማድረግ ፍቃድ የማይጠየቅበት ጊዜ

በምን ዓይነት ሁኔታዎች ውስጥ ሚስጥራዊነቱ የሚጠበቀን የጤና መረጃዎ ከእኔ ይሁንታ ወይም ፈቃድ ሳልሰጥ ለሌላ ተላልፎ ሊሰጥ ይችላል?

(1) የእርስዎ ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤና መረጃ (የአእምሮ መታወክ የጤና መረጃን፣ እና በአልኮል/በአደንዛዥ ዕድህምና እና መከላከያ ሰጪ የተቀመጠውን የአልኮል/የአደንዛዥ ዕድህምና እና መከላከያን መረጃን ጨምሮ) በሚከተሉት ሁኔታዎች ሥር እርስዎ ይሁንታ ወይም ፈቃድ ከመስጠትዎ በፊት ሊገለጽ ይችላል፤

- የልጅ ጥቃት ወይም ትኩረት ማጣትን ጥርጣሬን ለማሳወቅ;
- ጤናቸውን የሚያስጋቸው ግለሰቦች ፈጣን የሆነ ጥንቃቄ የሚያፈልግ ህክምና በሚያስፈልጋቸው ጊዜ ለድንገተኛ ህክምና
- ለጤና ምርመራ ተግባራት ማለትም ለፕሮግራም ግምገማ እና ኦዲት በሚከናወንበት ጊዜ።
- የፍርድ ቤት ትእዛዝ እና መጥርያ ሲሰጥ።
- ለምርምር ዓላማ፣ ማለትም የተሻለ ህክምና ለመፍጠር የሚደረጉ ምርምሮች፣ ይህም ሊሆን የሚችለው የግላዊነት መብትን ለመጠበቅ የሚችል መመዘኛ የሚያሟላ የምርምር ጥናት የሆነ እንደሆን ነው።
- ወንጀልን ወይም በአቅራቢው ላይ ወይም በቀጥታ በአቅራቢው ሠራተኛ ላይ የሚሰነዘር የወንጀል ስጋት በሚኖርበት ጊዜ ለማሳወቅ።
- መመዘኛውን የሚያሟሉ አገልግሎት ሰጪ ድርጅት ወይም የሥራ የትብብር ስምምነት ፈላጊ ሲኖር

(2) **ለአእምሮ ህመም የጤና መረጃ ብቻ.** ሚስጥራዊነቱ ከተጠበቀ የጤና መረጃ የአእምሮ ጤና በተጨማሪ፣ በሚከተሉት ሁኔታዎች ሥር ስምምነት ከመደረጉ ወይም ፈቃድ ከመስጠቱ በፊት ሊገለጽ ይችላል:

- የሥነ ባህሪ የጤና መምሪያ መዋቅር አቅራቢዎች ወይም የኮሎምቢያ የጤና እና የሰብዓዊ አገልግሎቶች እጅግ ሲሆኑ እና በ HIPAA ሥር የሚጠቃለሉ የአገልግሎት ሰጪዎቻቸውን፣ የሰብዓዊ አገልግሎቶችን መምሪያ፣ የልጅ እና የቤተሰብ አገልግሎት ኤጀንሲ፣ የጤና መምሪያ፣ እና የጤና እንክብካቤ ሰጪ የፋይናንስ መምሪያን አካቶ ህክምና፣ ጥቅም ጥቅሞችን እና አገልግሎቶችን ማስተባበር አለባቸው።
- የጤና እና የአእምሮ ህመም የጤና እንክብካቤ ሰጪዎች ከሥነ ባህሪ የጤና መምሪያ DBH መዋቅር ውጪ ሲሆኑ ህክምናን፣ ጥቅማ ጥቅሞችን እና አገልግሎቶችን ለማስተባበር በሚያስፈልግበት ጊዜ፣ ይህ ሥልጣን ፍጹም አይደለም። እርስዎም ምናልባትም ለአቅራቢው ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን የእርስዎን የጤና መረጃ እንዲጋራ መስጠት እና አለመስጠት የሚሉት ሲሆን አቅራቢዎቹም የተሻሻለውን ማስታወሻ መግለጽ አይችሉም። “መምረጥ ወይም አለመምረጥ” ማለት የእርስዎ አቅራቢ የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን የጤና መረጃ ከሥነ ልቦና የጤና መምሪያ መዋቅር ውጪ እርስዎ እንዲታይ በፊሪማ መብት ስጥተው ካልሆነ በስተቀር ወይም አቅራቢው የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤና መረጃ ለመጋራት በሕጋዊነት ካልተገደደ

በስተቀር አቅራቢው እንዲጋራ አይፈልጉም ማለት ነው። ለምሳሌ አቅራቢው በድንገተኛ ህክምና ጊዜ ወይም ለፍርድ ቤት ትእዛዝ ምላሽ ለመስጠት የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀን የጤና መረጃ በሕጋዊ መንገድ ሊገደድ ይችላል።

- የአእምሮ ጤና ባለሙያ ለድንገተኛ የሥነ ልቦና ህክምና ሆስፒታል መተናኛት ወይም እርስዎን ወይም ሌላ ሰውን ከከፍተኛ የአካላዊ ጉዳት ለመከላከል አስፈላጊ ነው ብሎ በሚያምንበት ጊዜ።
- የአዋቂነት ወይም የልጅን ጥቃት ወይም ትኩረት ማጣት መኖሩ በሚጠረጠርበት ጊዜ ለማሳወቅ።
- ለኮሎምቢያ ግዛት ከሌላ ውኪልና ባለው ኤጀንሲ እና የአእምሮ ህመም ያለበት ሰው ጥቃት ወይም ትኩረት ማጣቱን ለማየት ምርመራ በሚደረግበት ጊዜ የንቃት ሰጪ ኤጀንሲ በሚጠይቅበት ጊዜ
- ተቋማትን ለማረም ወይም ለእርስዎ የአእምሮ ጤና አገልግሎቶችን እና እርዳታዎችን እንዲያገኙ ለማዘጋጀት ሕጋዊ አካል እንዲኖርዎት ለሕግ አስፈጻሚ አካላት ሊገለጽ ይችላል።
- የአእምሮ ጤናዎ መታወን በተለመደው ህክምና ላይ ፍርድ ቤት ከመቅረቡ በፊት የመለቀቅዎን፣ የመከላከልዎን፣ የዋስትና መብት፣ በቁጥጥር ሥር የሆነ መለቀቂያ ወይም ስምምነት ስለተቀየረ የእርስዎም ቅሬታ ለመከታተል

ተደጋግመው የሚነሱ ጥያቄዎች

እኔ በአልኮል/አደንዛዥ ዕጽ ህክምና እና መከላከል ፕሮግራም ውስጥ ከሆንኩ፣ ያለ እኔ ስምምነት ከሌላ አቅራቢ መዋቅር ጋር የእኔን የአልኮል/አደንዛዥ ዕጽ ህክምና እና መከላከል መረጃን መጋራት ይችላል?

አይችልም. 42 CFR ክፍል 2 በተለይም የአልኮል/አደንዛዥ ዕጽ ህክምናን እና መከላከል መረጃን ለማሳየት ከዚህ በላይ በ (1) ላይ የተገለጸው ተግባራዊ የሚደረግ ካልሆነ በስተቀር የጽሑፍ ስምምነትን ይጠይቃል።

እኔ ፈቃድ ቢሰጥ ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀው የጤናዬ መረጃ (PHI) ለሌላ ዓላም ጥቅም ላይ ሊውል ወይም ሊታይ ይችላል?

አዎን. ነገር ግን ግልጽ የሆነ የመብት ቅጽ በመፈረም ከሰጡ፣ ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤናዎን መረጃ ከዚህ በላይ ከተገለጸው ዓላማዎች ውጪ ሊጋራ ይችላል። ለምሳሌ፣ እርስዎ የሚፈልጉትን አገልግሎት ወይም ህክምና እንዲሰጥዎ ለጤና እንክብካቤ አቅራቢ ፈቃድን እንዲሰጥ ከመዋቅሩ ውጪ ላሌ እንክብካቤ ሰጪ ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን የእርስዎን መረጃ ለመልቀቅ ፈቃድ ሊሰጡን ይችላሉ። የሕይወት ዋስትናን ወይም የማይሰረዝ ወይም የጤና የመድኃኒት ዋስትና እንደሚታደስ ዋስትና ተሰጥቶ ከሆነ፣ የመመሪያው ቀን እንደሚገልጸው እስከ ሁለት (2) ዓመታት ድረስ መቆየት ከሚችለው ውጪ፣ መብቱ ሥራ ላይ የሚውልበት የጊዜ መጠን እስከ ሦስት መቶ ስድሳ አምስት (365) ቀናት ብቻ እንደሚሆን የማለት አማራጭ አልዎት።

እንዲገለጽ መብት ከሰጡ፣ የሰጠሁትን ፈቃድ መሰረዝ እችላለሁ?

አዎን። ለመድኃኒት ዋስትና ካልሆነ በስተቀር፣ ለአቅራቢዎ የጽሑፍ ማስታወሻ በመስጠት በማንኛውም ሰዓት የሰጡትን መብት ማንሳት ይችላሉ። ነገር ግን የአቅራቢዎች መዋቅር የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤና መረጃ መጠቀምን እና ማሳየትን እንዲያቆም ይህን በጽሑፍ አድርገው ለአቅራቢዎ ማምጣት አለብዎት። የመዋቅሩ አቅራቢዎች መብት መስጠቱን መሰረዝዎን የሚገልጽ የጽሑፍ ማስታወቂያ ወደ መዋቅሩ አቅራቢ እስከሚያመቱ ድረስ እርስዎ የሰጡትን መብት ላይ መሰረት በማድረግ የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን የጤና መረጃን ለመጠቀም እና ለማሳየት ፈቃድ ተሰጥቶታል። የሰጡትን መብት ስረዛ የመዋቅሩ አቅራቢው ከመቀበሉ በፊት ምንም ዓይነት ተግባር ሊፈጽም አይችልም።

መዋቅሩ የእኔን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን መረጃ ለመከላከል እንዲሰራ ምን ይጠየቃል?

ሁሉም የመዋቅሩ ውስጥ ያሉት አቅራቢዎች የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን መረጃዎን መብት ለመከላከል፣ እና የእነርሱን ሕጋዊ ሥራዎችን እና የግልን መብት የመጠበቅ ተግባሮችን ማስታወሻ ለማቅረብ በሕግ ይጠይቃል። ሕጉ በዚህ የማስታወሻ ሕግ ላይ ለውጥን የሚጠይቅ ከሆነ፣ ሁሉም የመዋቅሩ አቅራቢዎች የለውጥ ማስታወሻ ሕጉን መከተል እንዳለባቸው ይገደዳሉ።

ስለ ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤናዬ መረጃ (PHI) ምን መብቶች አሉኝ?

- ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን የእርስዎም የጤና መረጃ የሥነ ልቦና የጤና መምሪያ መዋቅር አባል ላልሆኑት የጤና እንክብካቤ ሰጪዎች እንዳይገለጹ የመከላከል መብት አልዎት።
- ከውስን ሁኔታዎች ጋር የእርስዎን ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤና መረጃዎን የማየት እና ኮፒ የማድረግ መብት አልዎት።
- ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀው የእርስዎም የጤና መረጃ መዝገብ የተጠቃለለበት መሆኑን የመጠይቀ መብት አልዎት።
- ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀው የእርስዎም የጤና መረጃ እርስዎም በሚመርጡበት ምስጢራዊ መንገድ እንዲነገርዎት መብት አልዎት።

- የእርስዎን ሚስጥራዊነት የተጠበቀ የጤና መረጃ በመጠቀም እና በመግለጹ በኩል ውስን እንዲኖር የመጠየቅ መብት አልዎት። የመዋቅሩ አቅራቢዎች ከእርስዎ ክልከላዎች ጋር መስማማት አይኖርባቸው፤ ነገር ግን ከተስማማን፤ ክልከላዎቹን መከተል አለብን።
- ከክስ በሚከፈልበት ጊዜ ሚስጥራዊነት የተጠበቀው የጤና መረጃን ግልጽ ማድረግን ለመወሰን መብት ይኖርብዎታል።
- የመዋቅሩ አቅራቢዎች የእርስዎን ሚስጥራዊነት የጠበቀውን የጤና መረጃን ስለሚገልጹበት ሁኔታ መረጃ የማግኘት መብት አልዎት።
- የዚህን የግል ማስታወሻ የኮፒ ወረቀት ለማግኘት መብት አልዎት።
- የእርስዎን ሚስጥራዊነት የተጠበቀ የጤና መረጃን የሕግ ጥሰት ለእርስዎ እንዲታወቅዎት መብት አልዎት።

ሚስጥራዊነት የተጠበቀ ስለ ጤናዬ መረጃ አጠቃቀም እና ግልጽ ማድረግ ላይ መብቶቼን ለመጠቀም ከፈለጉ፣ ጥያቄዎች ካሉኝ፣ ወይም ቅሬታ ማቅረብ ብፈልግ ምን ማድረግ እላለሁ?

መብትዎትን መጥቀም ከፈለጉ፣ ወይም ሚስጥራዊነት ስለተጠበቀው የጤናዎ መረጃ ላይ አጠቃቀም እና ግልጽ ማድረግ ላይ ቅሬታ ማቅረብ ከፈለጉ፣ ህክምናውን በሰጥዎት ኤጅንሲ ጋር በመምጣት የግል መብት ጠባቂ ባለሥልጣንን ማግኘት አለብዎት። ደግሞም የሥነ ልቦና ጤና መምሪያ የግል መብት ባለሥልጣን ዝርዝርን ከዚህ በታች ከተዘረዘው ውስጥ ያግኙ፡

የሥነ ልቦና ጤና መምሪያ የግል መብት ባለሥልጣን
 የዲ.ሲ. የሥነ ልቦና ጤና መምሪያ
 64 New York Avenue, NE, 2nd Floor
 Washington, D.C. 20002
 Phone: (202) 671-4088
 TTY/TTD: (202) 673-7500
 E-mail: dbh.privacy@dc.gov

የአሜሪካ የሥነ ልቦና የጤና መምሪያ እን የሰብአዊ አገልግሎቶችን፣ የሰብዓዊ መብቶችን ባለሥልጣን፣ በሚከተለው አድራሻ ማግኘት ይችላሉ፡

የሲቪል መብቶች ቢሮ - ክልል III
 የአሜሪካ የጤና እና የሰብዓዊ አገልግሎቶች መምሪያ
 150 S. Independence Mall West, Suite 372,
 Public Ledger Building
 Philadelphia, PA 19106-9111
 Main Line (215) 861-4441; Hotline (800) 368-1019;
 Fax (215) 861-4431; TDD (215) 861-4440
 E-mail: ocrmail@hhs.gov

በተጨማሪም፣ በሥነ ልቦና መምሪያ የቅሬታ አቀራረብ ሂደቶች በኩል ቅሬታን የማቅረብ መብት አልዎት። በሚስጥራዊነት ስለተጠበቀው የእርስዎን የጤና መረጃ አጠቃቀም እና ግልጽ ማድረግ ቅሬታ ስላቀረቡ ማንም ሰው መጥፎ ነገር ሊያደርግብዎት አይችላም።

ይህም ማስታወቂያ ለመረዳት አስቸጋሪ ጊዜ ካልዎት፣ አባክዎትን ለእርዳታ ይጠይቁ።

ለዚህ ማስታወቂያ ላይ የሚደረጉ ለውጦች

በዚህ ማስታወሻ ውስጥ ያለውን ደንቦች ላይ ለውጦች እንዲመጡ የሚጠይቅ ከሆነ፣ ሁሉም የመዋቅሩ አቅራቢዎች የተለወጠውን የማስታወሻ ደንቦችን ለመከተል ይገደዳሉ። ማስታወሻው ከተለወጠ፣ ለውጦቹ ለሁሉም ሚስጥራዊነት ለተጠበቀ የጤና መረጃ (የአእምሮ የጤና መረጃን፣ እና በአልኮል/አደንዛዥ ዕጽ ህክምና እና መከላከያ አቅራቢ የቀረበውን የአልኮል/የአደንዛዥ ዕጽ ህክምና እና መከላከያ መረጃ አካቶ) ማስታወሻው ከመለወጡ በፊት በተፈጠሩት ወይም በተቀበሉት ሁሉ ላይ ተግባራዊ ይሆናል። የተጠቃለለው ማስታወሻ በሥነ ልቦና የጤና መምሪያ ድኅረገጽ ላይ የሚለጠፍ ሲሆን፣ በሚቀጥለው ጊዜ በሚመጡበት ጊዜ የሚሰጥዎት ሲሆን በሁሉም የአገልግሎት መስጫ ድኅረገጾች ላይ ይለጠፋል።

የግል መብት ተግባራዊ የሆነውን
ማስታወሻን ስለመቀበል

የሥነ ባህርይ ጤና መምሪያ DBH አቅራቢ ቅንጅት የጋር የግል መብት ተግባራዊ የሆነውን ማስታወሻ የሚቀበል መሆንን የማረጋገጥ ሲሆን፣ የማስታወሻው ቅጂም ተሰጥቶኛል።

ፊርማ _____ ቀን _____

አባዛዎችን ስምዎችን ይጻፉ _____

ግንኙነት (ከደንበኛው/ከባለቤቱ ውጪ ከሆነ) _____

_____ ይህ ቅጽ መፈረምን እቃወማለሁ።

_____ ከሥነ ባህርይ/ጤና መምሪያ ቅንጅት ውጪ ያሉትን ለጤና እንክብካቤ ለሚሰጡት እና ለአእምሮዎ ጤንነት እንክብካቤ ለሚሰጡት ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀውን የጤናዎን መረጃ ለመስጠት አልፏል። አለመፈለግ የእኔን የአእምሮዎ የጤና መረጃን በዲሲ የአእምሮ የጤና መረጃ አዋጅ ሥር በአንቀጽ 2 ሥራ ስለ የጋራ የግል መብት ተግባራዊ ማስታወሻ ሥር ከተለለቀቀው ውጪ የእኔን የሥነ ባህርይ የጤና መምሪያ አቅራቢ ሥልጣንን ላይ ተጽእኖ እንደማያደርግ ተረድቻለሁ።

ለቅንጅቱ ሠራተኛ ማስታወሻ:

ደንበኛው/ ተወካዩ ማስታወሻውን ካልተቀበለ ወይም ፊርማውን ካልሰጠ፣ የሚከለኩትን መረጃዎች በማቅረብ መቃወሙን ይግለጹ ፡

የቅንጅቱ ሠራተኛ ስም: _____

ማዕረግ: _____

ፊርማ: _____ ቀን _____

አስተያየቶች: _____

የጋራ የግል መብት ተግባራዊነት እና ቅጹን የተቀበለበት ኮፒ -
የደንበኛው/የባለቤቱ ዋናው የመቀበል ማረጋገጫ ኮፒ -የክሊኒክ መዝገብ



የኮሎምቢያ ግዛት መንግሥት
የሥነ ባህይ የጤና መምሪያ

ሚስጥራዊነቱ የተጠበቀ የጤና መረጃን ለመጠቀም ወይም ግልጽ ለማድረግ ፈቃድ መስጠት
(የአእምሮ የጤና መታወክ መረጃን እና የአልኮል/የአደገዎች ዕጽ ህክምና እና መከላከያ መረጃን ያካትታል)

የደንበኛ/የባለቤቱ ስም (ይጻፍ) የመታወቂያ ቁጥር

አድራሻ የትውልድ ቀን

ከተማ/ግዛት/ዚፕ ኮድ ሌሎች ጥቅም ላይ የዋሉ ስም (ሞች)

<u>መረጃው የሚለቀቅለት ለ:</u>	<u>መረጃው የተለቀቀው በ:</u>
ስም/ማዕረግ: _____	ስም/ማዕረግ: _____
ድርጅት: _____	ድርጅት: _____
አድራሻ: _____	አድራሻ: _____
ስልክ #: _____ ፋክስ # _____	ስልክ #: _____ ፋክስ # _____

መገለጽ ያለበት መረጃ: የጤናዎ መዝገብ (ወረቀት፣ በቃል፣ እና በኤሌክትሮኒክ የሚተላለፉ ነገሮች) በፈቃደኝነት መብት ሰጥቼ እና እንዲገለጽ እጠይቃለሁ። ይህም ሁሉንም መዝገቦች ለመልቀቅ እና ሌሎች ስለህክምናዎ፣ በሆስፒታል ስለነበረኝ ጊዜ የነበረውን መረጃዎን፣ እና በተመላላሽነት የታከሙትን አካቶ ለመልቀቅ የተለየ ፈቃድን ያካትታል። (ለመልቀቅ የሚከተሉት ነገሮች መፈተሽ አለባቸው።)

- የአደገዎች ዕጽ ጥቃት፣ በአልኮል መጠጥ ሱሰኛ መሆን ወይም ሌሎች አደገዎች ዕጾችን መጠቀም;
- የሚተላለፉ እና የማይተላለፉ በሽታዎች መኖራቸውን የሚያመለክቱ መዝገቦች፣ እና የኤችአይቪ/ኤድስ የምርመራ መዝገቦችን

ለመልቀቅ የሚገደቡ ነገሮች:

- የአገልግሎቱን ጊዜ ብቻ ከ _____ እስከ _____
- የማይካተቱ ነገሮች (የማይካተቱ ነገሮች ካሉ መመዘገብ አለባቸው) _____
- የሚከተሉት ብቻ: (ተግባራዊ የሚሆን ከሆነ የተወሰኑ ዶክመንቶች መገለጽ አለባቸው) _____

ለሚከተሉት ዓላማ (ዎች) ጥቅም ላይ የሚውሉ መረጃዎች (ዝርዝር): _____

ቀን ገደቡ የሚያልፍበት: ይህ የተሰጠው መብት ቀን ገደቡ ቀደም ብሎ እንዲያበቃ ከሚያደርጉት ከሚከተሉት ውስጥ አንዱ ካልተመረጠ በስተቀር ይህ ቅጽ ከተፈረመበት ጊዜ ጀምሮ በሦስት መቶ ስድሳ አምስት (365) ቀናት ውስጥ ቀን ገደቡ ያበቃል:

- በ _____ (ይህ ቅጽ ከተፈረመበት ጊዜ አንስቶ ከሦስት መቶ ስድሳ አምስት (365) ቀናት በላይ ሊቆይ አይችልም)።
- በ _____ በሆነበት: _____ ጊዜ
(ቀን ያስፈልጋል) (የተለየ ክስተት ይግለጹ)

የመሰረዝ መብት: ይህን መረጃ እንዲለቅ መብት ከተሰጠው ድርጅት ላይ በማንኛውም ሰዓት የጽሑፍ ማስታወቂያ በመስጠት የሰጠሁትን ፈቃድ መሰረዝ እንደምችል እረዳለሁ። ይህን የሰጠሁትን ፈቃድ መሰረዝ መረጃውን እንዲለቅ ፈቃድ የተሰጠው ድርጅት ላይ መሰረዝን የሚገልጸውን የጽሑፍ ማስታወሻ ከመውሰዱ በፊት የነበረውን ማንኛውንም ድርጊቱ ላይ ተጽእኖ ማድረግ እንደማይችል ተረድቻለሁ። ይህን ፈቃድ የሰጠሁበት ዓላማ ለጤና ወይም ለሕይወት መድኃኒን ማመልከትን የሚያጠቃላል ከሆነ ይህም የሰጠሁትን ፈቃድ የመሰረዝ መብቴ ውስን እንደሆነም እረዳለሁ።

ሌሎች መብቶች: ይህን መረጃ በሕግ ከተፈቀደው ውጪ፣ የእኔን ፈቃድ ሳያገኝ በግለሰብ ወይም በድርጅት እንደገና እንደ ሕጋዊ አካል ሆኖ ማሳየት እንደማይችል እረዳለሁ። የእኔን ሚስት/ራዲካል የተጠበቀ የጤና መረጃን መዘገብን የማስመርመር መብት እንዳለኝ እረዳለሁ። ይህን ቅጽ ላለመፈረም ከወሰንኩ የመሳተፍ ወይም አገልግሎት የማግኘት መብት መከልከል እንደማልችል እረዳለሁ። ሆኖም ግን፣ ጥቅም ጥቅም ለማግኘት ወይም ለእነዚህ አገልግሎቶች የሚከፍለውን እርዳታ ሊሰጡ ለሚችሉት ጥቅም ጥቅሞች እድሳት ለማመልከት ላልችል እችላለሁ።

የደንበኛ/የባለቤት ወይም የግለሰብ ተወካይ ፊርማ:

እኔ፣ _____, ይህን ቅጽ በመፈረም፣ ከዚህ በላይ የተገለጸውን ሚስት/ራዲካል የተጠበቀውን የጤና መረጃን ለመጠመ እና/ወይም ለመግለጽ መብት እየሰጠሁ እንደሆነ እረዳለሁ።

ሙሉ ስም (የተጻፈ) _____

ፊርማ _____ ቀን _____

በደንበኛው/ባለቤቱ ፈንታ ሆኖ የመሰረት ሥልጣን ማግኘት (አንዱን ይፈትሹ):

ባለቤቱ _____ ወላጅ _____ * የግል ተወካይ _____ (ሕጋዊ አሳዳጊ እና የሕግ ጠበቃን ያጠቃልላል) ሌላ _____ (ግልጽ መደረግ አለበት):

አድራሻ: _____ ስልክ # _____

** ለግል ተወካይ ኢንሹራንስ ደክመንቶች ያስፈልጋሉ። የዚህን ቅጽ ኮፒ አብረው ያያይዙ።*

አቅመ አዳም/ሄዋን ያልደረሱ ፊርማ: ደንበኛው/ባለቤቱ አስራ አራት (14) ዓመት ከሆነው፣ ነገር ግን ከአስራ ስምንት (18) ዓመት በታች ከሆነ፣ ይህ የተሰጠው ፈቃድ ደንበኛው/ ባለቤቱ ከወላጆቹ፣ ሕጋዊ አሳዳጊው ወይም ሌላ ደንበኛ ከሆነ ሰው በተጨማሪ ካልፈረመ በስተቀር ተቀባይነት አይኖረውም። ማንኛውም ዕድሜው አነስተኛ የሆነ ሰው (1) እርሱ ወይም እርሷ ነጻ የሆነ ከሆነ፣ (2) ስምምነት የሚሰጡ ወላጆች ወይም ሕጋዊ አሳዳጊዎች ጋር ሳይሆን ህክምና ወይም አገልግሎቶችን እየወሰደ ወይም እየወሰደች በራሱ ፊርማ ላይ መሰረት በማድረግ ፈቃድ መስጠት ይችላል።

ሙሉ ስም (የተጻፈ) _____ የትውልድ ቀን _____ ስልክ # _____

አድራሻ: _____

የአነስተኛው ሰው ፊርማ _____ ቀን _____

ስምምነት የሚሰጠው ደንበኛ/ባለቤቱ ወይም የግለሰብ ተወካይ የማንነት ማረጋገጫ ያስፈልጋል።

- የማንነት ማረጋገጫ (በመንግሥት የተሰጠ የመታወቂያ ፎቶ): እዚህ ጋር ያያይዙ።
- የመንግሥት ባለሥልጣን ወይም የሥነ ልቦና ጤና መምሪያ አቅራቢ በቃል የሚቀርብ ሀሳብ

የተነገርዎትን እና በሁኔታዎቹ ውስጥ ለምን በእርሱ ላይ መደገፍ አስፈላጊ እንደሆነ ይጻፉ።

ቅጹ ከተላከ፣ በቅጹ ላይ ያለው ፊርማ የተፈረመ መሆኖ አለበት ወይም ስምምነቱን የሚሰጠው ሰው የእርሱን ወይም የእርሷን ሕጋዊ ፊርማ ማኖር ወይም የእርሱን ወይም የእርሷን በመንግሥት የተሰጠውን የመታወቂያ ኮፒ ማያያዝ አለበት።

ስምምነቱን የተሰጠውን ሰው ማንነት አረጋግ ጫለሁ

ሙሉ ስም (የተጻፈ) _____ ማዕረግ _____

ፊርማ _____ ቀን _____

የዚህ የሰጠሁትን ፈቃድ መብት ሰርገላለሁ: _____ ፊርማ _____
(ቀን) _____ (ደንበኛ/ባለቤቱ ወይም የሰው-ቱ ተወካይ እና የእርሱ ወይም እርሷ ግንኙነት ከደንበኛው/ባለቤቱ ጋር ያለው ግንኙነት)

ለመዝገብ ቤት ጠባቂ:

1. የዚህን ፈቃድ የተሰጠበትን ኮፒ ለደንበኛ/ባለቤቱ ወይም ለሰው-ቱ ተወካይ ይስጡ።
2. የተፈረመበትን ዋናውን በደንበኛው የክሊኒክ መዝገብ ውስጥ ያስቀምጡ።
3. ይህን የመብት ፈቃድ የተሰጠበትን ያስገቡ ወይም ለግል መብት ባለሥልጣን ያስተላልፉ ወይም ለማስገባት ሥልጣኑን ይስጡ።
4. የዚህን ቅጽ ቅጂ ከተገለጸው መረጃ ጋር ይላኩ።