

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION**
**ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ထုတ်ဖော်အသိပေးရန် ခွင့်ပြုချက်**

<b>Patient Information / လူနာနှင့်သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များ</b>			
လူနာအမည် _____ မွေးသက္ကရာဇ်- _____ လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် နောက်ဆုံးလေးလုံး- _____ လိပ်စာ- _____ မြို့ _____ ပြည်နယ်- _____ Zip- _____ ဖုန်း- _____ အီးမေးလ်- _____			
<b>Method of Receipt/Type of Media (Please check ONLY one) / ရယူသည့်နည်းလမ်း/မီဒီယာ အမျိုးအစား (တစ်ခုကိုသာ အမှန်ခြစ်ပေးပါ)</b>			
<input type="checkbox"/> MyChart Patient Portal <input type="checkbox"/> CD (လူနာမှ/အခြားတစ်ဦးဦးမှ လူကိုယ်တိုင် လာယူသည်) (လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ထားသည်) <input type="checkbox"/> CD (စာတိုက်မှ) (လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ထားသည်) <input type="checkbox"/> ဖက်စ် <input type="checkbox"/> USB flash drive (လူနာမှ/ အခြားတစ်ဦးဦးမှ လူကိုယ်တိုင် လာယူသည်) (လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ထားသည်) <input type="checkbox"/> USB flash drive (စာတိုက်မှ) (လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ထားသည်) <input type="checkbox"/> စာရွက်မိတ္တူ (လူနာမှ/ အခြားတစ်ဦးဦးမှ လူကိုယ်တိုင် လာယူသည်) <input type="checkbox"/> စာရွက်မိတ္တူ (စာတိုက်မှ) <input type="checkbox"/> အီးမေးလ် (လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ထားသည်) <input type="checkbox"/> အီးမေးလ် (လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ထားခြင်း မရှိပါ) (မှတ်ချက် - လုံခြုံရေးအရ ဝှက်ခြင်းလုပ်မထားသည့် အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့် သတင်းအချက်အလက်များ ပေးပို့စေပါက အဆိုပါ အချက်အလက်များကို ခွင့်ပြုချက်မရှိသည့် အခြားသူများမှ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုနိုင်ခြေ ပိုများနိုင်ပါသည်။)			
<b>Reason or Purpose for the use and/or disclosure of the information / အချက်အလက်များကို အသုံးပြုရသည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ရသည့် အကြောင်းရင်း သို့မဟုတ် ရည်ရွယ်ချက်</b>			
<input type="checkbox"/> ဆက်လက် စောင့်ရှောက်မှုပေးရန် <input type="checkbox"/> ဥပဒေရေးရာ <input type="checkbox"/> အာမခံ <input type="checkbox"/> မသန်စွမ်းမှု <input type="checkbox"/> အလုပ်သမားလျော်ကြေး <input type="checkbox"/> ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အကြောင်းရင်းများ <input type="checkbox"/> အခြား အကြောင်းရင်းများ- _____			
<b>Release Information From: / သတင်းအချက်အလက် ထုတ်ပြန်ရန်ပုံစံ</b>			
_____ (ဆေးရုံ၊ သမားတော်၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးသူ အမည်)			
လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	Zip
ဖုန်း	ဖက်စ်	အီးမေးလ်	

Release/Send my health information to:  Check this box if same as patient listed above. OR / ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးနှင့်သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များကို-  အထက်တွင် ဖော်ပြခဲ့သည့် လူနာနှင့်တူသည် ဆိုပါက ပေးပို့ရန် အမှန်ဖြစ်ပေးပါ။ သို့မဟုတ်

(ဆေးရုံ၊ သမားတော်၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးသူ၊ အခြားသူ၏ အမည်)

လိပ်စာ  မြို့  ပြည်နယ်  Zip

ဖုန်း  ဖက်စ်  အီးမေးလိပ်စာ

**Information to be released / ထုတ်ဖော်မည့် အချက်အလက်များ**

- \_\_\_\_\_ မှ \_\_\_\_\_ အကြား ကာလအတွင်း ထုတ်ဖော်အသိပေးသွားမည့် အချက်အလက်များ
- ဆေးရုံမှတ်တမ်းများ (သင်ထုတ်ဖော်အသိပေးလိုသည့် မှတ်တမ်းများကို ပြန်လည်စစ်ဆေးပေးပါ)
    - ဆေးမှတ်တမ်းဆိုင်ရာ ကောက်နုတ်ချက်များ (ဥပမာ - H&P၊ ခွဲစိတ်ကုသမှု အစီရင်ခံစာများ၊ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးချက်များ၊ စစ်ဆေးချက်ဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာများ၊ ဆေးရုံအဆင်း အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်)
    - ဆေးရုံအဆင်း အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်  ရောဂါရာဇဝင်နှင့် စစ်ဆေးချက်  ကာကွယ်ဆေးမှတ်တမ်း  အရေးပေါ်ဌာနမှ အစီရင်ခံစာများ
    - ခွဲစိတ်ကုသမှု / ကုသမှု အဆင့်ဆင့် အစီရင်ခံစာများ  ရောဂါဗေဒ အစီရင်ခံစာ(များ)  ဓာတ်မှန်ဆိုင်ရာ အစီရင်ခံစာ(များ)
    - ဓာတ်ခွဲခန်း အစီရင်ခံစာ(များ)
    - ရုပ်ခန္ဓာ/အလုပ်အကိုင်ဆိုင်ရာ ကုထုံးများအတွက် အစီရင်ခံစာများ  ငွေတောင်းခံခြင်း
    - အခြား (သီးသန့်ဖော်ပြပေးရန်) \_\_\_\_\_
  - ရုံး/ဆေးရုံ မှတ်တမ်းများ (ပံ့ပိုးသူအမည် ဖော်ပြပေးရန်)- \_\_\_\_\_
    - ရုံးသို့ ငွေတောင်းခံခြင်း

**Release of Special Protected Records / အထူးကာကွယ်ထားသည့် မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ဖော်အသိပေးခြင်း**

ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းရှိ အချက်အလက်များတွင် လိင်ဆက်ဆံခြင်းမှတစ်ဆင့် ကူးစက်သော ရောဂါများ၊ နာတာရှည်ကိုယ်ခံအားကျဆင်းမှု ရောဂါ (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) သို့မဟုတ် လူ့ကိုယ်ခံအားကျဆင်းစေသည့် ရောဂါပိုး (human immunodeficiency virus, HIV) တို့နှင့်သက်ဆိုင်သော သတင်းအချက်အလက်များ ပါဝင်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ မူးယစ်ဆေး သို့မဟုတ် အရက် စွဲနေကြောင်း ရောဂါသတ်မှတ်ချက် သို့မဟုတ် ကုသမှု၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါအတွက် ကုသမှု သို့မဟုတ် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုတို့နှင့် သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်များနှင့် မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာ အချက်အလက်များလည်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

**Notice Regarding Delivery Mother's Record / မီးဖွားမှုမှတ်တမ်းဆိုင်ရာ အသိပေးချက်**

ကျွန်ုပ်သည် Owensboro Health တွင် မီးဖွားခဲ့ခြင်းဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်၏ဆေးမှတ်တမ်းတစ်စိတ်တစ်ဒေသသည် ရင်သွေးငယ်၏ ဆေးမှတ်တမ်းထဲတွင် ပေါင်းစပ်ပါဝင်လိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို နားလည်သိရှိပါသည်။

**Expiration / သက်တမ်းကုန်ခြင်း**

ဤခွင့်ပြုချက်သည် ချက်ချင်းသက်ရောက်မည်ဖြစ်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပြီးနောက် ရက် 120 အတွင်း ဆက်လက်သက်ရောက်မည် ဖြစ်ပါသည်။

**Re-Disclosure / ပြန်လည်ထုတ်ဖော်အသိပေးခြင်း**

ဤခွင့်ပြုချက်အရ အသုံးပြုခွင့်သည့် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ခွင့်သည့် အချက်အလက်များသည် (HIPAA ဟုလည်း ခေါ်ဆိုသည့်) ကိုယ်ရေးအချက်အလက် လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ်ဥပဒေ၏ ကာကွယ်မှုအောက်တွင် မရှိတော့ဘဲ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်အား လက်ခံရရှိသူမှ တစ်ဖန်ပြန်လည် ထုတ်ဖော်အသိပေးနိုင်သည်ကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

**Your Rights / အခွင့်အရေးများ**

- အထက်တွင် ဖော်ပြခဲ့သည့် အချက်အလက်များအား ထုတ်ဖော်အသိပေးရန် ခွင့်ပြုမည်/မပြုမည်ကို ကျွန်ုပ်ဆန္ဒအလျောက် ရွေးချယ်နိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်တွင် ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ထိုးရန် ငြင်းဆိုသည့်အတွက် ကုသမှုရယူနိုင်စွမ်း၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် တစ်မျိုးမျိုးတွင် ပါဝင်နိုင်စွမ်း သို့မဟုတ် ငွေပေးချေမှု/အကျိုးခံစားခွင့် ရယူပိုင်ခွင့်တို့အပေါ် ထိခိုက်မည်မဟုတ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- ဤခွင့်ပြုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သည် နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ထိုသို့ ရုပ်သိမ်းကြောင်းကို စာဖြင့်ရေးသားပြီး ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် လက်မှတ်ထိုး၍ဖြစ်စေ၊ ကျွန်ုပ်ကိုယ်စား လက်မှတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ရမည် ဖြစ်သည်-

OHRH  
PO Box 20007  
Owensboro, KY 42304-0007  
Attn: Health Information Mgmt.  
ဖုန်း- 270-417-6800

OHMCH  
440 Hopkinsville St.  
Greenville, KY 42345  
Attn: Health Information Mgmt.  
ဖုန်း- 270-338-8378

OHTLMC  
910 Wallace Ave.  
Leitchfield, KY 42754  
Attn: Health Information Mgmt.  
ဖုန်း- 270-259-9517

- ကျွန်ုပ်၏ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းချက်ကို လက်ခံရရှိသည်နှင့် ထိုရုပ်သိမ်းချက် စတင်သက်ရောက်မည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ဤခွင့်ပြုချက်အရ ထုတ်ဖော်အသိပေးပြီး အချက်အလက်များအပေါ်မူ အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- ဤပြန်လည်ရုပ်သိမ်းချက်ကြောင့် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံကုမ္ပဏီအပေါ် သက်ရောက်မှုရှိမည်မဟုတ်ဘဲ ၎င်းရုပ်သိမ်းချက်ကြောင့် အာမခံပေးသူအနေဖြင့် ကျွန်ုပ်ဝယ်ယူထားသည့် အာမခံအရ လျော်ကြေးတောင်းခံမှု တစ်ခုကို ဥပဒေအရ ခုခံခြင်းဆိုင်ရာ ရှိမည်မဟုတ်ကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဤခွင့်ပြုချက် မိတ္တူတစ်စောင်ကို တောင်းခံရယူခွင့် ရှိပါသည် (ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပံ့ပိုးသူမှ အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ထုတ်ပြန်ရန် ခွင့်ပြုချက် တောင်းခံခြင်းဖြစ်လျှင် ထိုသို့မိတ္တူပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။

**Legally Authorized Representative / ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်**

အရွယ်ရောက်ပြီးသူ လူနာတစ်ဦး၏ မှတ်တမ်းများကို တောင်းခံခြင်း ဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်များနှင့် ပြည့်စုံရမည်-

- 1) ရှေ့နေကိုယ်စားလှယ်- POA (ရှေ့နေကိုယ်စားလှယ်) စာရွက်စာတမ်းတစ်စုံ တင်ပြရမည်။
- 2) အရွယ်ရောက်ပြီး ကွယ်လွန်သူ လူနာတစ်ဦး၏ ပိုင်ဆိုင်မှုများအား သေတမ်းစာအရ စီရင်ပိုင်သူ သို့မဟုတ် စီမံခွင့်ရှိသူ၊ တရားသူကြီးတစ်ဦးမှ လက်မှတ်ရေးထိုးချက်အရ ပိုင်ဆိုင်မှုများကို သေတမ်းစာအရ စီရင်ပိုင်သူ သို့မဟုတ် စီမံခွင့်ရှိသူအဖြစ် ခန့်အပ်ကြောင်း အမိန့်စာ သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီကြောင်း စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူတစ်စုံ တင်ပြရမည်။
  - ပိုင်ဆိုင်မှု မရှိပါက ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် ခန့်အပ်သည့် တရားရုံး စာရွက်စာတမ်းတို့ကို တင်ပြနိုင်ရန်မည်။
- 3) တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ- တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် တရားသူကြီးတစ်ဦးမှ လက်မှတ်ထိုးပြီး အုပ်ထိန်းသူအဖြစ် ခန့်အပ်ကြောင်း အမိန့်စာကို တင်ပြရမည်။

အသက်မပြည့်သေးသူ လူနာတစ်ဦး၏ မှတ်တမ်းများကို တောင်းခံခြင်းဖြစ်ပါက အောက်ပါအချက်များနှင့် ပြည့်စုံရမည်-

- 1) တရားဝင် ပူးတွဲထိန်းသိမ်းခွင့် - မိဘများမှ ထိန်းသိမ်းခွင့်ဆိုင်ရာ စာရွက်စာတမ်းများ တင်ပြရမည်။
- 2) တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ- တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် တရားသူကြီးတစ်ဦးမှ လက်မှတ်ထိုးပြီး အုပ်ထိန်းသူအဖြစ် ခန့်အပ်ကြောင်း အမိန့်စာကို တင်ပြရမည်။

**Signature (As required by law) / လက်မှတ် (ဥပဒေအရ လိုအပ်ချက်အတိုင်း)**

ကျွန်ုပ်သည် ဤအချက်အလက်များကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပြီး နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို အထက်ဖော်ပြပါ စည်းကမ်းချက်များအရ အသုံးပြုရန် သို့မဟုတ် ထုတ်ဖော်ရန် အတည်ပြု ခွင့်ပြုချက်ပေးသည့် ဤစာရွက်စာတမ်းတွင် လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ထိုးရန် အခွင့်အာဏာရပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် လူနာကိုယ်တိုင် ဖြစ်ပါသည်။

လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_ အချိန်- \_\_\_\_\_

(လူနာ/တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်)

တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်မှ လက်မှတ်ထိုးခြင်း ဖြစ်ပါက ၎င်း၏အမည်နှင့် လူနာနှင့် ဆက်နွယ်မှုတို့ကို ဖော်ပြပေးပါ။

အမည်- \_\_\_\_\_ တော်စပ်ပုံ \_\_\_\_\_