

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Հիվանդի անուն՝ \_\_\_\_\_

Ծննդյան ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՍՏԱՑՄԱՆ ԵՎ ԱՆՁՆԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ (ԱՍՏ) ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

Ուժի մեջ է՝ 2016թ. հունվարի 1-ից

Ես՝ ներքոստորագրյալս, սույնով հաստատում եմ, որ ստացել եմ Comprehensive Community Health Centers, Inc-ի (“CCHC”) Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման («Ծանուցում») պատճենը, և ինձ հնարավորություն է տրվել կարդալ Ծանուցումը նախքան CCHC-ի կողմից ինձ որևէ ծառայություն մատուցելը: Ես նաև հաստատում եմ, որ տեղեկացվել եմ, որ ընթացիկ Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման օրինակ գտնվում է ընդունարանում: CCHC-ին իրավունք է վերապահվում փոփոխել Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման կանոնակարգը: Դուք կարող եք ձեռք բերել ընթացիկ Գաղտնիության վերաբերյալ ծանուցման պատճենը՝ պահանջելով այդ պատճենը:

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝ ես համաձայնում եմ բուժման վերաբերյալ իմ բժշկական տեղեկատվության օգտագործմանն ու տրամադրմանը՝ բուժման, վճարման և առողջապահական գործողությունների համար: Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ չեղյալ համարել այս համաձայնությունը գրավոր կերպով՝ իմ կողմից ստորագրությամբ: Ես հավաստում եմ, որ այդպիսի չեղարկումը, այնուամենայնիվ, չի ազդի իմ նախորդ համաձայնության առնչությամբ կատարված որևէ տրամադրման վրա: CCHC-ն ապահովում է սույն ձևաթղթի համապատասխանությունը Առողջական ապահովագրության դյուրատարության եւ հաշվետվողականության ակտի (ԱԱԴՀԱ) եւ Տնտեսական և կլինիկական առողջության համար առողջության տեղեկատվական տեխնոլոգիայի ակտի (ՏԿԱՍՏԱ) հետ:

CCHC ծառայություններ մատուցող աշխատակիցները/անձնակազմը կարող են ինձ հետ կապ հաստատել հետևյալ միջոցներով (նշեք բոլոր հնարավորները) ժամադրությունները հաստատելու կամ լաբորատորիայի արդյունքները քննարկելու համար:

ԲԶՋԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ՝ \_\_\_\_\_

- ԱՅՈ, թողնել ձայնային հաղորդագրություն
- ՈՉ, չթողնել ձայնային հաղորդագրություն

ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ՝ \_\_\_\_\_

- ԱՅՈ, թողնել ձայնային հաղորդագրություն
- ՈՉ, չթողնել ձայնային հաղորդագրություն

ՏԵՔՍՍԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ Հետևյալ համարին՝ \_\_\_\_\_

- Այո, ինձ ուղարկել տեքստային հաղորդագրություններ: Սովորական տեքստային հաղորդագրության վճարներ կարող են կիրառվել: Ես հավաստում եմ, համաձայնում և ընդունում յուրաքանչյուր և բոլոր վճարները, որոնք նշված տեքստային հաղորդագրությունների ստացման արդյունքում կարող են իմ բջջային օպերատորի կողմից: գանձվել
- ՈՉ, չուղարկել

ԷԼ ՓՈՍՏ՝

- Այո, նամակ ուղարկել հետևյալ էլ. փոստի հասցեով: (Ինդրում ենք նշել Ձեր ամբողջական էլ. փոստը, օրինակ՝ [youremail@domain.com](mailto:youremail@domain.com))
- ՈՉ, Էլ.փոստով չուղարկել

ՍՈՎՈՐԱԿԱՆ ՓՈՍՏ՝

- ԱՅՈ, սովորական փոստ ուղարկել իմ տան հասցեով (Ինդրում ենք նշել քաղաքը, նահանգը և փոստային կոդը)
- ՈՉ, փոստ չուղարկել իմ տան հասցեին

Հիվանդի/օրինական ներկայացուցչի ստորագրություն՝ \_\_\_\_\_

Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

Օրինական ներկայացուցչի/լիազորված անձի դեպքում՝ կապը հիվանդի հետ \_\_\_\_\_