



လူနာမှ HEALTHeLINK ကျန်းမာရေး အချက်အလက် နီးနှောဖလှယ်ခြင်းတွင် ပါဝင်ရန် သဘောတူညီချက်

အဆင့် ၁ ပေါင်းစုံ-ထောက်ပံ့သူ/မျိုးစုံ-ပေးသူ သဘောတူညီချက်

ကျေးဇူးပြု၍ သင်ဆုံးဖြတ်ချက်မချမှီ အချက်အလက်များကို သေချာစွာ ဖတ်ပါ။

ဤသဘောတူညီချက်ဖောင်အား သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်နေသော HEALTHeLINK ထောက်ပံ့သူများနှင့် ပေးဆောင်သူများ (ပါဝင်သူများ) သင်၏ကုသမှု နှင့်/သို့မဟုတ် ဂရုပြုမှုစီမံချက် ရည်ရွယ်ချက်အတွက် သင့်စက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများကို လက်ခံရယူရန်နှင့် ကြည့်ရှုရန် သူတို့အား ပါဝင်ရန် ခွင့်ပြုမည် မပြုမည်ကို ဤဖောင်ဖြင့် သုံးနိုင်ပါသည်။ သင်မှ ပါဝင်သူများ အချို့သော သို့မဟုတ် အားလုံးကို သဘောတူညီချက် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်သည့်သဘောတူညီချက်ကို ပေးနိုင်ပါသည်။ ပါဝင်သူများ၏ အမည်စာရင်းအပြည့်အစုံကို www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/Participants တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ ဤဖောင်ကို ဖြည့်စွက်သည့်အခါ မေးခွန်းများ ရှိခဲ့ပါက www.wnyhealthelink.com/Home/Patients/PatientConsent စာမျက်နှာကို သွားလိုက်ပါ။ အကယ်၍ သင့်မှာ အင်တာနက်လှိုင်း မရနိုင်ပဲ ပါဝင်သူများ၏အမည်စာရင်းရလိုပါက သို့မဟုတ် လိုင်းမရပဲ ဤဖောင်ကို ဖြည့်စွက်ရန်အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြုပြီး (716)206-0993 ext 311 ကို ခေါ်ဆိုလိုက်ပါ။ သင့်ရဲ့ဤသို့ရွေးချယ်မှုကြောင့် ဆေးဝါးကုသမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး အာမခံကုကျမှုကို ရရှိနိုင်မှုအပေါ် တက်ရောက်မှု မရှိပါ။ သဘောတူညီချက်ကို ပေးရန် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ရန် သင်၏ရွေးချယ်မှုသည်လည်း ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို ငြင်းပယ်သွားမည့် အခြေခံသဘောမဟုတ်ပါ။

ဤသဘောတူညီချက်ဖောင်တွင် HEALTHeLINK မှ ဖွင့်ထားသည့် ကွန်ပျူတာ ကွန်ယက်စာမျက်နှာမှတစ်ဆင့် သင်၏ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများကို ပါဝင်သူများအား လက်ခံရယူရန် ခွင့်ပြုမပြုကို သင် ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။ ထိုဖော်ပြချက်မှာ အကျယ်တစ်ဝှေ့ဖော်ပြပေးသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကွန်ပျူတာ ကွန်ယက်စာမျက်နှာ၏ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခု ဖြစ်သည်။ ဤအရာမှ သင်မည်သည့်နေရာတွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ယူခဲ့သည်စသော နေရာအသီးသီးမှ သင်ယူခဲ့သော ဆေးဝါးဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများကို စုဆောင်းရန် ကူညီပေးသည်။ ထို့ပြင် ထိုအရာဖြင့် သင့်ကို ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသော ပါဝင်သူများမှလည်း အီလက်ထရွန်းနစ်ချက်အလက်များကို ရယူနိုင်စေပါသည်။

သဘောတူသည်

- HEALTHeLINK မှ ပေးထားသော စက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ အားလုံး ကို ကျွန်ုပ်၏စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်နေသော ပါဝင်သူများ အားလုံးလက်ခံရရှိရန် ကျွန်ုပ်မှ သဘောတူညီချက် ပေးလိုက်ပါသည်။ ဤ အချက်ကို သင်ခြစ်မှတ်ခြင်းဖြင့် "သဘောတူပါသည်။ HEALTHeLINK မှ ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဝါးဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများကို ပါဝင်သူများအားလုံးမှ ကြည့်ရှုရရှိနိုင်သည့် ကျွန်ုပ်၏ အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု၊ အရည်အသွေးတိုး တက်မှု၊ စောင့်ရှောက်မှုစီမံချက်၊ နှင့် အကြံ၊ ခွင့်ပြုချက်ပေးမှုများ အပါအဝင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ထိုဝန်ထမ်းသည် ပါဝင်ခဲ့သည်" ဆိုသည်ကို သင်မှ သဘောတူပါသည်။"

သဘောတူသည်

မှ လွှဲ၍

- အောက်ပါပါဝင်သူများမှ လွှဲ၍ HEALTHeLINK မှ ပေးထားသော စက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ အားလုံး ကို ကျွန်ုပ်၏စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်နေသော ပါဝင်သူများ အားလုံးလက်ခံရရှိရန် ကျွန်ုပ်မှ သဘောတူညီချက် ပေးလိုက်ပါသည်။

ပါဝင်သူ၏အမည်

ပါဝင်သူ၏ နေရပ်လိပ်စာ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ်

ဤပါဝင်သူများသည် ဆေးဝါးအရေးပေါ်အခြေအနေမှ လွှဲ၍ HEALTHeLINK မှတစ်ဆင့် ကျွန်ုပ်၏စက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို လက်ခံရယူနိုင်ပါ။ အကယ်၍ သင်မှ ပါဝင်သူများတစ်ဦးကို မပါဝင်ရန် ရွေးချယ်ခြင်းပါက သင့်ဖောင်ကို စီစစ်ရန်အတွက် HEALTHeLINK ကို (716)206-0993 ext 311 ဖြင့် သင့် ဆက်သွယ်ရပါမည်။ အကယ်၍ အခြားအပိုပါဝင်သူများကို သဘောတူညီချက် ငြင်းပယ်လိုပါက ကျေးဇူးပြုပြီး ထိုသူတို့အား ပါဝင်သူချန်လှုပ်ခြင်း ဖောင် တွင် အမည်ဖော်ပြထားပေးပြီး ဤဖောင်နှင့်

တစ်ခုသာ ရွေးပါ

ပါဝင်သူချန်လုပ်ခြင်းဖောင် ကို သင် ပူးတွဲထားပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဤနေရာတွင် အမှတ်ခြစ်ပေးပါ။

သဘောမတူပါ

မှ လွဲ၍

- မည်သည့်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့်ဖြစ်စေ ဆေးဝါးအရေးပေါ်အခြေအနေမှ လွဲ၍ HEALTHeLINK မှ ပေးထားသော စက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ အားလုံး ကို လက်ခံရရှိနိုင်ရန် ကျွန်ုပ်၏စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်နေသော ပါဝင်သူများ အားလုံးကို သဘောတူညီချက် ငြင်းပယ်ပါသည်။ ဤ အချက်ကို သင်ခြစ်မှတ်ခြင်းဖြင့် "သဘောမတူပါ။ ထိုအရာသည် ဆေးဝါးအရေးပေါ်အခြေအနေ မဖြစ်ခဲ့လျှင် မည်သည့် ပါဝင်သူများတစ်ဦးတစ်ယောက်မှ HEALTHeLINK မှ ကျွန်ုပ်၏ဆေးဝါးဆိုင်ရာမှတ်တမ်းများကို လက်ခံရယူခွင့် မရှိပါ" ကို သင်မှ သဘောတူပါသည်။

သဘောမတူပါ

ဘယ်တော့မှ

- မည်သည့်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့်ဖြစ်စေ ဆေးဝါးအရေးပေါ်အခြေအနေတစ်ရပ် အပါအဝင် HEALTHeLINK မှ ပေးထားသော စက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ အားလုံး ကို လက်ခံရရှိနိုင်ရန် ကျွန်ုပ်၏စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်နေသော ပါဝင်သူများ အားလုံးကို သဘောတူညီချက် ငြင်းပယ်ပါသည်။

မှတ်ချက်- "ဘယ်တော့မှ သဘောမတူပါ" ကို သင်မရွေးချယ်ခဲ့လျှင် HEALTHeLINK တွင်ရရှိနိုင်သောအချက်များအပါအဝင် သင်၏ဆေးဝါးမှတ်တမ်းများကို အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် သင့်ကိုကုသပေးနေသောသူများအား New York ပြည်နယ် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားပါသည်။

လူနာ/တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်	
<input type="text"/>	
လူနာ၏ နောက်ဆုံးအမည်-	ဖြစ်တည်ရာနေရာ သဘောတူညီချက်လက်ခံရရှိသူ
<input type="text"/>	
လူနာ အရှေ့အမည်-	
<input type="text"/>	
လူနာ မွေးသက္ကရာဇ်-	<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
<input type="text"/>	
လူနာ၏နေရပ်လိပ်စာ	
<input type="text"/>	
မြို့နယ် <input type="text"/>	ပြည်နယ် <input type="text"/>
<input type="text"/>	ဖက်ကုတ်နံပါတ် <input type="text"/>
လူနာလက်မှတ် သို့မဟုတ် လူနာ၏တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ	
<input type="text"/>	
လူနာ၏တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်အမည်ရေးသားချက် (သက်ဆိုင်ပါက)	
<input type="text"/>	
လူနာနှင့် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်တို့၏ ဆက်စပ်မှု (သက်ဆိုင်ပါက)	
<input type="checkbox"/> မိဘ <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူ/ကိုယ်စားလှယ် <input type="checkbox"/> အုပ်ထိန်းသူ <input type="checkbox"/> အခြား	
သက်သေ *	
* ဤဖောင်အား သင်မှ ပါဝင်သူ၏ရုံးတွင် ဖြည့်စွက်ခြင်း မရှိပါက အချက်အလက်များကို ဖြည့်စွက်ရန် သင်မှ အောင်ပါသက်သေ ရှိကို ရှိရပါမည်။	
သက်သေ၏အမည်	
<input type="text"/>	
သက်သေ ထိုးမြိ လက်မှတ်	
<input type="text"/>	
လူနာနှင့် သက်သေ၏ဆက်စပ်မှု (ဥပမာ- ကြင်ဖော်၊ သား၊ အိမ်နီးချင်း စသဖြင့်)	
<input type="text"/>	

HEALTHeLINK သည် ကိုယ်ကျိုးအမြတ်အတွက်လုပ်သော အဖွဲ့အစည်းမဟုတ်ပါ။ ထိုအရာသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများအရည်အသွေးတိုးတက်ကောင်းမွန်ရန် အီလက်ထရွန်းနစ်ဖြင့် လုံခြုံစွာ လူတို့၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို မျှဝေပေးပါသည်။ ဤသို့မျှဝေပေးခြင်းကို အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအချက်အလက် နည်းပညာ (ကျန်းမာရေး IT) ဟု ခေါ်ပါသည်။ New York ပြည်နယ်ရှိ အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေးအကြောင်းကို ပိုမိုလေ့လာနိုင်ရန် "ပိုမိုကောင်းမွန်သောအချက်အလက်ဆိုသည်မှာ ပိုမိုကောင်းမွန်သော စောင့်ရှောက်မှုကို ဆိုလို၏" စာစောင်ကို ဖတ်လိုက်ပါ။ ထိုအရာအတွက် ပါဝင်သူအား သင်မေးမြန်းရယူနိုင်သည် သို့မဟုတ် www.ehealth4ny.org အင်တာနက်စာမျက်နှာတွင် ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။

HEALTHeLINK တွင်ရှိ လူနာ၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များနှင့် သဘောတူညီချက်၏ဖြစ်စဉ်-

1. သင့်အချက်အလက်များသည် မည်သို့အသုံးပြုသွားမည်နည်း။

သင်၏အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သင်မှအောက်အရာများသာ သဘောတူသည့်အရာကို ပါဝင်ပေးဆောင်သူများမှ အသုံးပြုသွားပါမည်။

- သင့်အား ဆေးဝါးဆိုင်ရာကုသမှု နှင့် သက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးဆောင်သွားမည်
- သင်မှ ကျန်းမာရေးအာမခံချက်ရှိမရှိကို စစ်ဆေးသွားပါမည်
- လူနာများအားလုံးကို ပေးဆောင်သော ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုအရည်အသွေးများကို ကောင်းအောင် သုံးသပ်သွားပါမည်။

သင်၏အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သင်မှအောက်အရာများ အတွက် သဘောတူသည့်အရာကို ပါဝင်ပေးဆောင်သူများမှ အသုံးပြုသွားပါမည်။

- **အရည်အသွေးတိုးတက်ကောင်းမွန်စေခြင်း လှုပ်ရှားမှုများ-** ဤအရာတွင် သင်နှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံထားသူအဖွဲ့ဝင်များအားလုံးကို ပေးဆောင်သော ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု၏အရည်အသွေးကို တိုးတက်စေခြင်းနှင့် သုံးသပ်ခြင်းတို့ ပါဝင်ပါသည်။
- **စောင့်ရှောက်မှုစီမံချက်လှုပ်ရှားမှုများ-** ဤအရာတွင် သင့်အား သင့်လျော်သောဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုရယူခြင်းတွင် ကူညီပေးခြင်း၊ သင့်ကိုပေးဆောင်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများတိုးတက်စေခြင်း၊ သင့်ကိုပေးဆောင်သော မျိုးစုံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဝန်ဆောင်မှုများပေးဆောင်ခြင်းတွင် ညှိနှိုင်းပေးခြင်း၊ သို့မဟုတ် သင့်အား အောက်ပါဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်တွင် အထောက်အကူပေးခြင်း စသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။
- **အကြံ ခွင့်ပြုချက် လှုပ်ရှားမှုများ-** ဤအရာတွင် သင်မှ သို့မဟုတ် သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူမှ တောင်းဆိုသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ကြိုတင်သဘောတူနိုင်ရန်အလို့ငှာ ဆေးဝါးဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို သုံးသပ်ခြင်း နှင့် ဆန်းစစ်ခြင်းများ ပါဝင်ပါသည်။

မှတ်ချက်- ဤသဘောတူညီချက်ဖောင်တွင် သင်လုပ်ဆောင်သောရွေးချယ်မှုသည် ကျန်းမာရေးအာမခံချက်ပေးသူများမှ သင့်ကို ကျန်းမာရေးအာမခံချက် သို့မဟုတ် သင်၏ငွေတောင်းခံလွှာတို့ကို ပေးမည်မပေးမည်ကို ဆုံးဖြတ်သွားရန်အတွက် သင်၏အချက်အလက်ကိုလက်ခံရရှိရန် ခွင့်မပြုထားပါ။

2. သင်အား မည်သည့်အချက်အလက်အမျိုးအစားများ ထည့်သွင်းထားသလဲ- အကယ်၍ သင်သဘောတူညီချက်ပေးပါက သင်သဘောတူထားသော ပါဝင်သူများသည် HEALTHeLINK မှရရှိနိုင်သည့်အချက်အလက်များ အားလုံးကို လက်ခံရယူသွားမည်ဖြစ်သည်။ ထိုအချက်အလက်များတွင် ဤသဘောတူညီချက်ဖောင်မပြုလုပ်ခင် နှင့် ပြုလုပ်ပြီး အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်။ သင်၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများတွင် သင်မှခံစားခဲ့ရသော ဖျားနာမှုများ သို့မဟုတ် ဒဏ်ချက်များ သမိုင်း (ဆီးချိုရောဂါများ သို့မဟုတ် အရိုးကျိုးမှုများ)၊ စမ်းသပ်မှုရလဒ်များ (X-ray ရောင်ခြည်စစ်ချက် သို့မဟုတ် သွေးစစ်ချက်များ) နှင့် သင်သောက်သုံးဖူးခဲ့သော ဆေးဝါးစာရင်းဇယားများ ပါဝင်ပေးလိမ့်မည်။ ဤအချက်အလက်များသည် မကန့်သတ်ထားသောအောက်ပါအရာအပါအဝင် ထိခိုက်လွယ်သော ကျန်းမာရေးအခြေအနေများနှင့် ဆက်စပ်ပေးလိမ့်မည်-

- အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲမှု ပြဿနာများ
- HIV/AIDS
- သားဖွားခြင်းအားထိန်းချုပ်မှု နှင့် ကလေးဖျက်ချခြင်း (မျိုးဆက်ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း)
- မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာ (မျိုးရိုးဖြင့်ပါလာသော) ရောဂါများ သို့မဟုတ် စမ်းသပ်မှုများ
- စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေးအခြေအနေများ
- လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကူးစက်မှု ရောဂါများ

3. သင်မှဖြစ်ပေါ်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ လာသောနေရာ- နေရာတစ်နေရာရာများမှ သင်မှလာသောအချက်အလက်အကြောင်းများသည် ဆေးဝါးအာမခံချက် ("အချက်အလက်အရင်းအမြစ်") နှင့်အတူ သင့်ကိုပေးထားသော နေရာများမှ လာပါသည်။ ဤအရာများတွင် ဆေးရုံများ၊ ခွဲကုမဟုတ်သောဆရာဝန်များ၊ ဆေးဆိုင်များ၊ ဆေးခန်း ဓါတ်ခွဲခန်းများ၊ ကျန်းမာရေးအာမခံချက်ပေးသူများ၊ ဆင်းရဲသားများအတွက် ဆေးဝါးအကူအညီပေးမှုစီမံကိန်းများ၊ နှင့် အခြား အီလက်ထရွန်းနစ်ဖြင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို နီးနှောဖတ်သော အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများ စသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။ ယခုလက်ရှိ အချက်အလက်များအရင်းအမြစ်များအပြည့်အစုံသည် HEALTHeLINK တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။ နောက်ဆုံးစာရင်းပြုစုချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်ဖြစ်ဖြစ် HEALTHeLINK ၏ www.wnyhealthelink.com အင်တာနက်စာမျက်နှာတွင် သို့မဟုတ် 716-206-0993 ext. 311 ကိုခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် သွားရောက်စစ်ဆေးလေ့လာခြင်းအားဖြင့် ရယူနိုင်ပါသည်။

4. **အကယ်၍ သဘောတူညီချက်ကို သင်ပေးပါက မည်သူ သင့်အချက်အလက်ကို ရယူနိုင်သလဲ-** ဤလူများသာ သင့်အချက်အလက်များကို လက်ခံနိုင်ပါမည်- ဆရာဝန်များ နှင့် အခြား သဘောတူထားသောပိုင်သူ ဆေးဝါးဝန်ဆောင်မှုပေးသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများ၊ သင်၏ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုတွင်ပါဝင်သော ပေးဆောင်သူ- ခေါ်ဆောင်ပေးသူ သို့မဟုတ် ကုန်ကျပေးသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသူများ၊ သဘောတူထားသော ပါဝင်ပေးဆောင်သူ၏ဆရာဝန်များ နှင့် အပေါ်တွင်အမည်ဖော်ပြထားသော သဘောတူညီချက်ဖောင်ရှိ ခွင့်ပြုထားသော တာဝန်ထမ်းဆောင်ရမည့် ပါဝင်သူများကို ဖြစ်ပါသည်။ ပါဝင်သူများ၏အမည်စာရင်းအပြည့်အစုံကို www.wnyhealthelink.com ၏ အင်တာနက်စာမျက်နှာ www.wnyhealthelink.com သို့ဝင်ကြည့်လိုက်ပါ။ သို့မဟုတ် HEALTHeLINK အား ဖုန်း 716-206-0993 ext. 311 ဖြင့်ခေါ်ဆိုလိုက်ပါ။
5. **သင်၏အချက်အလက်များအား မသင့်လျော်ပဲ ရယူခြင်း သို့မဟုတ် သုံးစွဲခြင်းအတွက် ဒဏ်ငွေပြစ်ဒဏ်များ-** သင်၏အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သင့်လျော်မှုမရှိပဲ သုံးစွဲမှု သို့မဟုတ် ရယူမှုများအတွက် ဒဏ်ငွေပြစ်ဒဏ်များ ရှိပါသည်။ အကယ်၍ သင်၏အချက်အလက်များကို မမြင်သင့်သော သို့မဟုတ် လက်မခံသင့်သောသူတစ်ယောက်ယောက်မှ ဝင်ရောက်ရယူသည်ဟု သင်မှ သံသယ ရှိခဲ့ပါက သင်၏မှတ်တမ်းများကိုလက်ခံရယူရန်သဘောတူထားသော ပါဝင်သူများတစ်ယောက်ယောက်ကို ခေါ်ဆိုလိုက်ပါ။ သို့မဟုတ် HEALTHeLINK ၏ အင်တာနက်စာမျက်နှာ www.wnyhealthelink.com သို့ဝင်ကြည့်လိုက်ပါ။ သို့မဟုတ် HEALTHeLINK အား ဖုန်း 716-206-0993 ext. 311 ဖြင့်ခေါ်ဆိုလိုက်ပါ။ သို့မဟုတ် NYS ကျန်းမာရေးဌာနကို 877-690-2211 နံပါတ်ဖြင့် ခေါ်ဆိုလိုက်ပါ။
6. **အချက်အလက်များကို ပြန်လည် ထုတ်ဖော်ချက်-** သင်၏ မည်သည့် အီလက်ထရွန်းနစ်သုံးကျန်းမာရေးအချက်အလက်များသည် ပြည်နယ်နှင့် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများနှင့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများဖြင့် ခွင့်ပြုချက်တိုးမြှင့်ရန်တစ်ခုအတွက်ဖြင့် ပါဝင်သူများသည် အခြားသူများကို ဖော်ထုတ်ပြပေးလိမ့်မည်။ ဤအရာသည်လည်း စာရွက်တွင်တည်ရှိသော သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်အမှန် ဖြစ်ပါသည်။ အချို့သော ပြည်နယ်များနှင့် ဖယ်ဒရယ် ဥပဒေများသည် HIV/AIDS နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် အရက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုများအပါအဝင် ထိခိုက်လွယ်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်မျိုးတို့အတွက် အထူးကာကွယ်မှုများ ပေးပါသည်။ လူအများ ဤကဲ့သို့သော ထိခိုက်လွယ်သောကျန်းမာရေးအချက်အလက်များမည်သည့်အခါတွင်မဆို လက်ခံရရှိပါက သူတို့၏အထူးလိုအပ်ချက်များသည် ဥပဒေအတိုင်း လိုက်နာသွားရပါမည်။ HEALTHeLINK နှင့် အချက်အလက်များကို HEALTHeLINK မှတစ်ဆင့် လက်ခံရရှိသောသူများသည် ဤလိုအပ်ချက်များအတိုင်း နာခံသွားရမည်။
7. **အကျိုးတက်ရောက်သော ကာလ-** ဤသဘောတူညီချက်ဖောင်သည် သင်မှ သင်၏သဘောတူညီချက်ကို ရုပ်သိမ်းသည့်နေ့ထိတိုင်အောင် သို့မဟုတ် HEALTHeLINK မှ လုပ်ငန်းစဉ်ကို ရပ်ဆိုင်းသည်အထိ တက်ရှိမှု ရှိနေပါအုံးမည်။
8. **သင့်သဘောတူညီချက်အား ရုပ်သိမ်းခြင်း-** သင်၏သဘောတူညီချက် ရုပ်သိမ်းခြင်းဖောင်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် သင့်သဘောတူညီချက်ကို သင်မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါပြီး ပါဝင်သူများတစ်ယောက်ယောက်ကို ပေးအပ်လိုက်နိုင်ပါသည်။ သင်၏သဘောတူညီချက်ရွေးယူမှုများကိုလည်း အသစ်သောသဘောတူညီချက်ဖောင်တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို သင်ပြောင်းနိုင်ပါသည်။ ဤဖောင်များကို HEALTHeLINK ၏အင်တာနက်စာမျက်နှာ www.wnyhealthelink.com တွင် သို့မဟုတ် 716-206-0993 ext. 311 ကိုခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် ရယူနိုင်ပါသည်။
မှတ်ချက်- သင်၏သဘောတူညီချက်ပြုလုပ်သဘောတူနေသည့်အချိန်အတောအတွင်း HEALTHeLINK မှ သင်၏အချက်အလက်များကို လက်ခံရယူနိုင်သော အဖွဲ့အစည်းများသည် သင်၏ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သူတို့၏ ကိုယ်ပိုင်ဆေးဝါးမှတ်တမ်းများတွင် မိတ္တူကူးထား သို့မဟုတ် ထိန်းသိမ်းထားနိုင်ပါသည်။
9. **ဖောင်ကို မိတ္တူကူးခြင်း-** သင်သည် ဤဖောင်သည် သင်လက်မှတ်ရေးထိုးပြီးနောက် မိတ္တူကို ရယူရန် အခွင့်ပေးထားပါသည်။