HEALTHeLINK

HEALTHeLINK မှတဆင့် လူနာ၏ အချက်အလက်များ သုံးစွဲခွင့်ကို ခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်း

လူနာအမည် အရှေ့စကားလုံး

လူနာအမည် နောက်ဆုံးစကားလုံး

မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	လူနာ၏ လိပ်စာ	လိင်
☐☐/☐☐/☐☐☐☐ လ ရက် နှစ်	လမ်း ____ အခန်းအမှတ် ____ မြို့ ____ ပြည်နယ် ____ စာပို့သင်္ကေတ ____	☐ ကျား ☐ မ

ဤပုံစံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကျွန်ုပ်၏ စောင့်ရှောက်ကုသမှုနှင့် ပတ်သက်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သုံးစွဲခွင့်ပေးရန် တောင်းဆိုပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ကုသမှုတွင် ပါဝင်ပတ်သတ်သော HEALTHeLINK စောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့် ငွေပေးချေသူ ("ပါဝင်သူများ") တို့ကို HEALTHeLINK ဟုခေါ်သည့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက် လဲလှယ်သည့် အဖွဲ့အစည်းမှတဆင့် ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှုမှတ်တမ်းများကို သုံးစွဲခွင့် ရရှိနိုင်ရေးအား ခွင့်ပြုရန်၊ မပြုရန်ကို ကျွန်ုပ်ရွေးချယ်မှု ပြုနိုင်ပါသည်။ သဘောတူခွင့်ပြုချက် ပေးလိုက်လျှင် ပြည်နယ်အနှံ့ ကွန်ပျူတာကွန်ရက်ကို အသုံးပြုပြီး နေရာအနှံ့တွင် ကျွန်ုပ်ရယူထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများမှ ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှုမှတ်တမ်းများကို သုံးစွဲနိုင်သွားပါမည်။ HEALTHeLINK သည် HIPAA နှင့် နယူးယောက်ပြည်နယ်ဥပဒေ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာနှင့် လုံခြုံမှုစံနှုန်းနှင့်အညီ လူပုဂ္ဂိုလ်တို့၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အီလက်ထရောနစ် နည်းပညာအရမျှဝေပေးသော အကျိုးအမြတ်အတွက် မဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ပိုမိုလေ့လာနိုင်ရန် HEALTHeLINK ၏ ဝက်ဘ်ဆိုက် http://wnyhealthelink.com ကိုသွားပါ။

ဤပုံစံလွှာရှိ ကျွန်ုပ်၏ရွေးချယ်မှုသည် ကုသစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိနိုင်ခွင့်အား သက်ရောက်မှုရှိမည် မဟုတ်ပါ။ ဤပုံစံလွှာရှိ ကျွန်ုပ်၏ရွေးချယ်မှုသည် ကျန်းမာရေး အာမခံပေးသူများအနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအာမခံ အကျုံးဝင်မှု သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှုကျသင့်ငွေများ ပေးချေမှုတို့ ပြုလုပ်ရန် ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်ရာတွင် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များ ရယူသုံးစွဲရန်ကို ခွင့်မပြုပါ။

ကျွန်ုပ်၏ သဘောတူညီမှု ရွေးချယ်ချက်။ ကျွန်ုပ်ရွေးချယ်မှု၏ ဘယ်ဘက်ရှိ အကွက်တစ်ခုကိုသာ ခြစ်ထားသည်။ ဤပုံစံလွှာကို ယခုသို့မဟုတ် နောင်မှလည်း ဖြည့်နိုင်ပါသည်။ ပုံစံလွှာအသစ်ကို ဖြည့်၍လည်း ကျွန်ုပ်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို အချိန်မရွေး ပြောင်းနိုင်ပါသည်။

တစ်ခုသော ရွေးချယ်ရန်

☐ 1. ခွင့်ပြုသည်	HEALTHeLINK မှတဆင့် ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ အားလုံးကို သုံးစွဲရန် ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှုတွင်ပါဝင်သူ လက်ရှိနှင့် နောင်တွင်ပါဝင်သူများ အားလုံးကို **သဘောတူခွင့်ပြုချက် ပေးပါသည်။**
☐ 2. သတ်မှတ်ထားသော ပါဝင်သူ(များ) မှလွဲ၍ ခွင့်ပြုသည်	အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ပါဝင်သူ(များ) **မှလွဲ၍** HEALTHeLINK မှတဆင့် ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ အားလုံးကို သုံးစွဲရန် ကျွန်ုပ်၏ ကုသမှုတွင်ပါဝင်သူ လက်ရှိနှင့် နောင်တွင်ပါဝင်သူများ အားလုံးကို **သဘောတူခွင့်ပြုချက် ပေးပါသည်။** ပါဝင်သူ၏ အမည် (စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ ရုံး): ပါဝင်သူ၏ လိပ်စာ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ်-
☐ 3. သတ်မှတ်ထားသော ပါဝင်သူ(များ) သာ ခွင့်ပြုသည်	အောက်တွင် သတ်မှတ်ဖော်ပြထားသည့် ပါဝင်သူ(များ) **ကိုသာ** HEALTHeLINK မှတဆင့် ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ အားလုံးကို သုံးစွဲရန် **သဘောတူခွင့်ပြုချက် ပေးပါသည်။** ပါဝင်သူ၏ အမည် (စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ ရုံး): ပါဝင်သူ၏ လိပ်စာ သို့မဟုတ် ဖုန်းနံပါတ်-
☐ 4. အရေးပေါ်မှလွဲ၍ ခွင့်မပြုပါ	ကုသမှုဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေမှလွဲ၍ HEALTHeLINK မှတဆင့် ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို လက်ရှိနှင့် နောင်တွင်ပါဝင်သူများမှ သုံးစွဲရန် **သဘောတူခွင့်ပြုချက်အား ငြင်းဆိုပါသည်။**
☐ 5. အရေးပေါ်တွင် တောင်မှ ခွင့်မပြုပါ	ကုသမှုဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေတောင်မှ HEALTHeLINK မှတဆင့် ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို လက်ရှိနှင့် နောင်တွင်ပါဝင်သူများမှ မည်သည့်ရည်ရွယ်ချက်အတွက်မဆို သုံးစွဲရန် **သဘောတူခွင့်ပြုချက်အား ငြင်းဆိုပါသည်။**

သဘောတူခွင့်ပြုချက်အား ကုသမှုဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေ*တွင်တောင်မှ* ငြင်းဆိုပါသည်ဟု ဖော်ပြထားသော အကွက် #5 နှင့် ဤပုံစံလွှာကို ဖြည့်ထားခြင်းမရှိလျှင် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် သုံးစွဲမည်အား နားလည်သိရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုသည့်အခါတွင် ဤပုံစံလွှာ၏စည်းကမ်းချက်များနှင့်အညီ ကျွန်ုပ်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များအား ထုတ်ဖော်ထားမှု စာရင်းကို **HEALTHeLINK** က ကျွန်ုပ်ကိုပေးရမည် ဖြစ်ကြောင်း နားလည်သိရှိပါသည်။

ဤပုံစံလွှာအကြောင်း ကျွန်ုပ်၏မေးခွန်းများကို ဖြေကြားထားပြီး ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုသည်တွင် ဤပုံစံလွှာ မိတ္တူတစ်ခုကိုလည်း ပေးအပ်ထားပါသည်။

လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ဥပဒေရေးရာကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်

X________________________

လက်မှတ်ထိုးရက်စွဲ

☐☐/☐☐/☐☐☐☐
လ ရက် နှစ်

လူနာ၏ဥပဒေရေးရာကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်အပြည့်အစုံ (ရှိပါက)

ဥပဒေရေးရာကိုယ်စားလှယ်နှင့် လူနာတော်စပ်ပုံ (ရှိပါက)

☐ မိဘ ☐ ကုသမှုအော်ဂျင့်/ကိုယ်စားလှယ်
☐ အုပ်ထိန်းသူ ☐ အခြား________

ဤအကွက်မှာ စောင့်ရှောက်မှုပေးသူသာ ဖြည့်ရန် ဖြစ်ပါသည်

____
မျက်မြင်ထင်ရှား သဘောတူညီချက်ကို လက်ခံရရှိသူ

သက်သေ*

*ဤပုံစံလွှာကို ပါဝင်သူ၏ရုံးတွင် ဖြည့်ခြင်းမဟုတ်ပါက အောက်ပါကိုဖြည့်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

________________ သက်သေ၏ အမည်
________________ သက်သေ၏ လက်မှတ်
________________ လူနာနှင့် သက်သေတော်စပ်ပုံ (ဥပမာ - အိမ်ထောင်ဖက်၊ သား၊ အိမ်နီးချင်း အစရှိသည်)

HEALTHeLINK ရှိ လူနာအချက်အလက်အကြောင်း အသေးစိပ်နှင့် သဘောတူခွင့်ပြုချက် လုပ်ငန်းစဉ်-

1. **သင့်အချက်အလက်အား အသုံးပြုပုံ။** သင်ကသဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးလျှင် သင်အတည်ပြုထားသော ပါဝင်ဆောင်ရွက်သူ(များ) က အောက်ပါ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ကန့်သတ်ထားသော ခြွင်းချက်များဖြင့် အသုံးပြုနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်-
   - **ကုသမှုဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများ -** သင့်အား ဆေးဝါးကုသမှုနှင့် ဆက်စပ်သောဝန်ဆောင်မှုများ ပေးပါသည်။
   - **အာမခံအကျုံးဝင်မှုအား စစ်ဆေးအတည်ပြုခြင်း -** သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိ၊ မရှိနှင့် ယင်းကမည်မျှ အကျုံးဝင်ကြောင်း စစ်ဆေးသည်။
   - **ကုသမှု စီမံခန့်ခွဲရေး ဆောင်ရွက်ချက်များ -** ယင်းတွင် သင့်အား သင့်တော်ကောင်းမွန်သည့်ကုသစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိစေခြင်း၊ သင့်ကိုပေးသော ဝန်ဆောင်မှု အရည်အသွေး ပိုမိုကောင်းမွန်စေခြင်း၊ သင့်ကိုပေးထားသော များပြားလှသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောကမှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ၏ ပံ့ပိုးမှုကို ချိတ်ဆက်ဆောင်ရွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ကုသစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်တစ်ခုနှင့်အညီ သင့်အား ပံ့ပိုးမှုပေးခြင်း တို့တွင် အထောက်အကူဖြစ်စေရန်တို့ ပါဝင်သည်။
   - **အရည်အသွေး ပိုကောင်းအောင်ပြုသည့် ဆောင်ရွက်ချက်များ -** သင်နှင့် လူနာအားလုံးကို ပေးအပ်ထားသည့် ကုသစောင့်ရှောက်မှု၏ အရည်အသွေးကို အကဲဖြတ်ကာ ပိုမိုကောင်းအောင်ပြုပေးခြင်း။

2. **သင့်အကြောင်း မည်သို့သော အချက်အလက်များ ပါဝင်သနည်း။** သင်သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးလျှင် သင်အတည်ပြုထားသော ပါဝင်ဆောင်ရွက်သူများသည် HEALTHeLINK မှတဆင့် ရရှိသော သင်၏ အီလက်ထရောနစ်ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ အားလုံးကို ဝင်ရောက်သုံးစွဲနိုင်ပါသည်။ ဤတွင် ယခုသဘောတူခွင့်ပြုချက်ပုံစံ၏ ရက်စွဲမတိုင်မီနှင့် ၎င်းနောက်ထည့်သွင်းထားသော အချက်အလက်များ ပါဝင်သည်။ သင်၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းအတွင်း သင့်တွင်ရှိခဲ့သော နာဖျားမှု သို့မဟုတ် ရရှိထားသော ဒဏ်ရာမှတ်တမ်း (ဆီးချို သို့မဟုတ် အရိုးကျိုးခြင်းကဲ့သို့)၊ စစ်ဆေးမှုရလဒ်များ (ဓာတ်မှန် သို့မဟုတ် သွေးစစ်ဆေးမှုများ ကဲ့သို့)နှင့် သင်သောက်ခဲ့သည့်ဆေးဝါးစာရင်းစသည်တို့ ပါဝင်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်များက အောက်ပါအခြေအနေများအပါအဝင် အခြားသောထိရှလွယ်သည့် ကျန်းမာရေး အခြေအနေများနှင့် ဆက်နွှယ်နေနိုင်ပါသည်-
   - အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲမှု ပြဿနာ
   - HIV/AIDS
   - သန္ဓေတားခြင်းနှင့် ကိုယ်ဝန်ပျက်ခြင်း (မိသားစုစီမံကိန်း)
   - မျိုးရိုးဗီဇ (ဆက်ခံမှု) ရောဂါ သို့မဟုတ် စစ်ဆေးမှုများ
   - စိတ်ကျန်းမာရေး အခြေအနေများ
   - လိင်မှတဆင့် ကူးစက်သောရောဂါများ

   သင်သည် အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲမှုအား ကုသမှုခံယူခဲ့ပါက သင့်မှတ်တမ်းတွင် အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးဝါးသုံးစွဲမှု ရောဂါအမည်သတ်မှတ်ချက်၊ ဆေးဝါးများနှင့် ဆေးပမာဏများ၊ ဓာတ်ခွဲစစ်ဆေးမှုများ၊ ဓာတ်မတည့်မှုများ၊ ဆေးဝါးသုံးစွဲသည့် မှတ်တမ်း၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ မှတ်တမ်း၊ ဆေးရုံဆင်း လက်မှတ်များ၊ အလုပ်မှတ်တမ်း၊ လူနေမှုအခြေအနေနှင့် လူမှုရေး အထောက်အပံ့များနှင့် ကျန်းမာရေးအာမခံ တောင်းခံမှု မှတ်တမ်းတို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

3. **သင်နှင့်ပတ်သက်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ မည်သည့်နေရာမှ ထွက်လာသနည်း။** သင်နှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များသည် သင့်အား ဆေးဝါးကုသမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအာမခံပေးသော နေရာများ ("အချက်အလက် ရင်းမြစ်များ") မှထွက်ပေါ်လာပါသည်။ ယင်းတို့တွင် ဆေးရုံများ၊ သမားတော်များ၊ ဆေးဆိုင်များ၊ ကုသမှုဆိုင်ရာ ဓာတ်ခွဲခန်းများ၊ ကျန်းမာရေးအာမခံပေးသူများ၊ Medicaid အစီအစဉ်နှင့် အီလက်ထရောနစ်နည်းပညာဖြင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အလဲအလှယ်ပြုသည့် အခြား အီလက်ထရောနစ်ကျန်းမာရေး အဖွဲ့အစည်းများ ပါဝင်နိုင်သည်။ HEALTHeLINK မှ လက်ရှိအချက်အလက်ရင်းမြစ်များ၏ စာရင်းအပြည့်အစုံကို http://wnyhealthelink.com သို့မဟုတ် 716- 206-0993 လိုင်းခွဲ 103 ကိုခေါ်ဆို၍ ရယူနိုင်သည်။

4. **သင်ကသဘောတူခွင့်ပြုချက် ပေးထားလျှင် သင်နှင့်ပတ်သက်သောအချက်အလက်များကို မည်သူက သုံးစွဲနိုင်သနည်း။** အထက်ပါ စာပိုဒ်တစ်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ဤပုံစံလွှာတွင် သင်၏အချက်အလက်များအား ရယူသုံးစွဲရန် သင်သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးထားသည့် ပါဝင်ဆောင်ရွက်သူ(များ) ဆရာဝန်များနှင့် အခြားဝန်ထမ်း အဖွဲ့ဝင်များသာ။ ပြည်နယ်နှင့်/ သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေများက ခွင့်ပြုထားလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအေဂျင်စီများမှ သင်၏သဘောတူခွင့်ပြုချက် မပါဘဲ သင့်အချက်အလက်များကို ရယူနိုင်သည်။ 42 C.F.R. အပိုင်း ၂ သတ်မှတ်ထားသော အဆောက်အအုံ (အရက် သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးသုံးစွဲမှု ကုသပေးသူအချို့) ထံမှ ရရှိသော မည်သည့်အချက်အလက်မဆိုအား ကုသမှုပေးသည့် ပတ်သက်ဆက်နွှယ်မှုတစ်ခုရှိမှသာ ရယူနိုင်ပါမည်။ HEALTHeLINK မှ ရရှိနိုင်သော ပါဝင်သူများ၏ စာရင်းအပြည့်အစုံကို http://wnyhealthelink.com/physicians-staff/current-participants/participating-healthelink-providers/ သို့မဟုတ် 716-206-0993 လိုင်းခွဲ 103 ကိုခေါ်ဆို၍ ရယူနိုင်သည်။ စာရွက်ဖြင့်မိတ္တူလိုချင်လျှင် သင်တောင်းဆိုသည့်အချိန်မှ အလုပ်လုပ်ရက် ၅ ရက်အတွင်း အခမဲ့ပေးပါမည်။

5. **သင့်အချက်အလက်အားမမှန်ကန်စွာ ရယူမှု သို့မဟုတ် သုံးစွဲမှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်များ။** သင်၏ အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကို မမှန်ကန်စွာ ရယူမှု သို့မဟုတ် သုံးစွဲမှုအတွက် ပြစ်ဒဏ်များရှိပါသည်။ သင်နှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို မမြင်သင့်သူ သို့မဟုတ် ရယူခွင့်မရှိသင့်သူ တစ်စုံတစ်ဦးက ရယူနေသည်ဟု သင်သံသယရှိပါက သင်၏မှတ်တမ်းများကို ရယူခွင့်ပေးထားသော ပါဝင်သူများအနက်မှ တစ်ဦးကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ၊ သို့မဟုတ် HEALTHeLINK ဝဘ်ဆိုက်ကို http://wnyhealthelink.com သို့သွားရောက်ပါ သို့မဟုတ် HEALTHeLINK အား 716-206-0993 လိုင်းခွဲ 103 တွင်ခေါ်ဆိုပါ၊ သို့မဟုတ် NYS ကျန်းမာရေးဌာနကို 518-474-4987 တွင်ခေါ်ဆိုပါ၊ သို့မဟုတ် ပြည်သူ့အခွင့်အရေး ဖက်ဒရယ်ရုံး၏ တိုင်ကြားမှုအစီအစဉ်အား အောက်ပါလင့်ခ်- http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ သို့သွားရောက်ပါ။

6. **အချက်အလက်ကို ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခြင်း။** သင်နှင့်ပတ်သက်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ရယူရန် သင်သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးထားသော မည်သည့် ပါဝင်ဆောင်ရွက်သူ(များ) မဆိုသည် သင်၏ကျန်းမာရေး အချက်အလက်ကိုထုတ်ဖော်နိုင်သည်၊ သို့သော် ပြည်နယ်နှင့် ဖက်ဒရယ် ဥပဒေနှင့် စည်းမျဉ်းများက ခွင့်ပြုထားသည့် အတိုင်းအတာအထိသာ ဖြစ်ပါသည်။ အရက်/ မူးယစ်ဆေးကုသမှုနှင့် ဆက်နွှယ်သည့် အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် အပေါက်ကြားမခံသော အိတ်ချ်အိုင်ဗီနှင့်ဆက်နွှယ်သည့် အချက်အလက်များအား ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခြင်းကို တားမြစ်ထားသည့် သတ်မှတ်ထားသော ဖော်ပြချက်များ ပါဝင်မှသာလျှင် ရယူခွင့်၊ ပြန်လည်ထုတ်ဖော်ခွင့် ရှိပါသည်။

7. **အကျုံးဝင်သည့် အချိန်ကာလ။** ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက် ပုံစံလွှာသည် သင်၏သဘောတူညီမှုရွေးချယ်ချက်ကို ပြောင်းလဲလိုက်ချိန် သို့မဟုတ် HEALTHeLINK က လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်မှုကို ရပ်တန့်လိုက်ချိန် ***(သို့မဟုတ် သင်သေပြီးနောက်အနှစ်၅၀ကြာတွင်ဖြစ်စေ မည်သည့်အချက်က ဦးစွာဖြစ်ပွားသည်ဖြစ်စေ)*** မတိုင်မီအထိ ဆက်လက်သက်ရောက်မှုရှိပါမည်။ အကယ်၍ HEALTHeLINK က အရည်အချင်းပြည့်မီသည့် အခြားအဖွဲ့အစည်းတစ်ခုနှင့် ပူးပေါင်းလိုက်ပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ သဘောတူညီမှု ရွေးချယ်ချက်သည် အသစ်ပေါင်းလိုက်သည့်အဖွဲ့အစည်းနှင့် ဆက်လက်သက်ရောက်မှုရှိပါမည်။

8. **သင်၏သဘောတူညီမှု ရွေးချယ်ချက်ကို ပြောင်းလဲခြင်း။** သင်၏ ရွေးချယ်မှုအသစ်(များ)ဖြည့်သွင်းထားသော သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပုံစံလွှာ အသစ်ကို တင်သွင်းခြင်းဖြင့် သင်၏သဘောတူညီမှု ရွေးချယ်ချက်နှင့် ကုသမှုပေးသူ အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တို့ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။ သင်၏သဘောတူခွင့်ပြုချက် အကျုံးဝင်နေစဉ် HEALTHeLINK မှတဆင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို ရယူနေသည့် ပါဝင်သူ(များ)အနေနှင့် သင်၏အချက်အလက်များကို ကူးယူခြင်း သို့မဟုတ် သူတို့ကိုယ်ပိုင် ကုသမှုမှတ်တမ်းများအတွင်း ထည့်သွင်းထားခြင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ နောင်တွင် သင်၏ သဘောတူညီမှုဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြောင်းလဲရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့လျှင်တောင်မှ သင်၏အချက်အလက်များကို ပြန်ပေးရန် သို့မဟုတ် သူတို့၏မှတ်တမ်းများမှ ဖယ်ရှားပစ်ရန် မသတ်မှတ်ထားပါ။s