នាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
លិខិតអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន
ការអនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកព័ត៌មាន

បើអ្នកចង់ឲ្យ ______________________ ចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នក ជាមួយនរណាម្នាក់ផ្សេង ឬអង្គការណាមួយ
(សរសេរឈ្មោះមនុស្ស ឬអង្គការ)
សូមកុំភ្លេចបំពេញរាល់ព័ត៌មានក្នុងផ្នែកខាងក្រោម (ផ្នែកទី I-VI)។ ចំណុចនេះនឹងប្រាប់ឲ្យយើងដឹងអំពីព័ត៌មានអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកចង់ឲ្យយើងចែករំលែក និងនរណាខ្លះដែលត្រូវចែកវាជាមួយ។ បើអ្នកទុកផ្នែកណាមួយដោយមិនបានបំពេញវា លើកលែងតែផ្នែកទី II (B) នោះការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក និងមិនអាចយកជាការបាននោះឡើយ។ ដូច្នេះយើងនឹងមិនអាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក ជាមួយឈ្មោះ ឬអង្គការខាងលើដែលអ្នកបានវាយនាមនោះ។

ផ្នែកទី I

ខ្ញុំ ______________________________ ផ្តល់ការអនុញ្ញាតជូន ______________________________
(សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក) (សរសេរឈ្មោះមនុស្ស ឬអង្គការ)
ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានខ្ញុំ ដែលខ្ញុំរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកទី II ដោយមានឈ្មោះមនុស្ស ឬអង្គការដែលខ្ញុំមានវាយនាមនៅក្នុងផ្នែកទី V។

ផ្នែកទី II

A. ព័ត៌មានអំពីសុខភាព និងផ្ទាល់ខ្លួន

សូមរៀបរាប់ព័ត៌មាន ដែលអ្នកចង់ឲ្យ ______________________ ចែករំលែកអំពីអ្នក។
(សរសេរឈ្មោះអ្នកនោះ ឬអង្គការ)
សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទ និងព័ត៌មានលម្អិតណាមួយ ដែលអ្នកចង់ចែករំលែក។

____
____
____
____

B. ការអនុញ្ញាតអំពីព័ត៌មានសុខភាពជាក់លាក់។ តែក្នុងករណីដែលអ្នកចែករំលែកព័ត៌មានណាមួយខាងក្រោម សូមសរសេរតួអក្សរដើមនៃឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើបន្ទាត់៖

____ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតពិសេស ដូចដែលតម្រូវដោយច្បាប់ M.G.L. c. 111, § 70F ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានក្នុងកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ អំពីការធ្វើតេស្តរកមើល HIV antibody និង antigen និងការកំណត់រោគសញ្ញា HIV/AIDS ឬការព្យាបាលជំងឺ HIV/AIDS។

____ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតពិសេស ដូចដែលតម្រូវដោយច្បាប់ M.G.L. c. 111, § 70F ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានក្នុងកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ អំពីព័ត៌មានហ្សែនរបស់ខ្ញុំ។

____ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតពិសេស ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានក្នុងកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ អំពីការព្យាបាលផ្តាច់ស្រា ឬគ្រឿងញៀន។ បើព័ត៌មាននេះត្រូវបានចែករំលែក ខ្ញុំយល់ដឹងថាត្រូវមានសេចក្តីជូនដំណឹងជាក់លាក់មួយ តាមប្រការ 42 CFR, Part 2 ដែលត្រូវមានបញ្ចូលការហាមឃាត់បង្ហាញព័ត៌មានសម្ងាត់។

ផ្នែកទី III៖ មូលហេតុក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ

សូមរៀបរាប់អំពីមូលហេតុ ក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។ បើអ្នកមិនចង់រៀបរាប់មូលហេតុ អ្នកអាចត្រឹមតែសរសេរថា៖ "តាមការស្នើសុំរបស់ខ្ញុំ" បើអ្នកផ្តើមធ្វើសំណើនោះ។

____
____
____

ផ្នែកទី IV៖ អ្នកដែលអាចចែករំលែកព័ត៌មាននេះ

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតជូនទៅឈ្មោះ និងអង្គការដូចរៀបរាប់ខាងក្រោម ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាន ដែលខ្ញុំបានរៀបរាប់ក្នុងផ្នែកទី II។

____
ឈ្មោះ

____
អង្គការ

____
អាសយដ្ឋាន

នាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
លិខិតអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន

ផ្នែកទី V៖ អ្នកដែលអាចទទួលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ
ឈ្មោះមនុស្ស ឬអង្គការដែលមានរាយនាមក្នុងផ្នែកទី IV អាចចែករំលែកព័ត៌មាន ដែលខ្ញុំរៀបរាប់ក្នុងផ្នែកទី II ជាមួយអ្នក ឬអង្គការដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះ៖

____
ឈ្មោះ

____
អង្គការ

____
អាសយដ្ឋាន

ខ្ញុំយល់ដឹងថា មនុស្ស ឬអង្គការដែលមានរាយនាមក្នុងផ្នែកនេះ អាចមិនមានចែងកំណត់ក្នុងច្បាប់ស្ដីពីសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់ជាតិ ឬរដ្ឋ និងថាពួកគាត់អាចចែករំលែកព័ត៌មាន ដែលពួកគាត់បានទទួលបន្តទៅទៀត។

ផ្នែកទី VI៖ រយៈពេលកំណត់នៃការអនុញ្ញាតនេះ
ការអនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកព័ត៌មាននេះ មានសុពលភាពរហូតដល់ ____________________________
(បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍)
ក្នុងករណីដែលខ្ញុំមិនបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍ លិខិតអនុញ្ញាតនេះនឹងមានសុពលភាពមួយឆ្នាំ ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា។

- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចដូរចិត្ត និងលុបចោលលិខិតអនុញ្ញាតនេះវិញ ពេលណាក៏បាន។ ដើម្បីធ្វើដូច្នេះ ខ្ញុំត្រូវសរសេរលិខិតមួយទៅ ______________________ និងផ្ញើវា ឬយកវាទៅកន្លែងដែលខ្ញុំផ្ដល់ការអនុញ្ញាតនេះ (ឬដាក់ទីតាំងជាក់លាក់) បើ
  (សរសេរឈ្មោះមនុស្ស ឬអង្គការ)
  ព័ត៌មានត្រូវបញ្ចេញរួចទៅហើយ ដោយខ្ញុំយល់ដឹងថា វាយឺតពេលហើយសម្រាប់ខ្ញុំក្នុងការដូរចិត្ត និងលុបវាចោលវិញ។

- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំមិនចាំបាច់ផ្ដល់ការអនុញ្ញាត ឲ្យចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយឈ្មោះ ឬអង្គការ ដូចដែលខ្ញុំបានរាយនាមក្នុងផ្នែកទី V។

- ខ្ញុំយល់ដឹងថា បើខ្ញុំសម្រេចមិនផ្ដល់ការអនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬបើខ្ញុំលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះវិញ ខ្ញុំនឹងនៅតែអាចទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលខ្ញុំត្រូវបាននោះដដែល ដរាបណាព័ត៌មាននេះ គេមិនត្រូវការយកទៅសម្រេច ពាក់ព័ន្ធនឹងថាតើខ្ញុំបានបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌសម្រាប់ទទួលសេវា ឬបង់ប្រាក់ថ្លៃសេវាដែលខ្ញុំទទួលបាននោះ។

ផ្នែកទី V៖ ហត្ថលេខា
សូមចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់នេះ និងសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក។

____________________ ____________________
ហត្ថខារបស់អ្នក កាលបរិច្ឆេទ

____
សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក

បើលិខិតនេះត្រូវបំពេញដោយនរណាម្នាក់ ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ក្នុងការធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក (ដូចជាឪពុក/ម្ដាយរបស់អនីតិជន អាណាព្យាបាលដែលចាត់តាំងដោយតុលាការ ឬអ្នកអនុវត្ត ឬឪពុក/ម្ដាយដែលមានអំណាចជាអាណាព្យាបាល ឬភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព សូម៖

សរសេរឈ្មោះអ្នកដែលបំពេញពាក្យនេះ៖ ____________________________

ហត្ថលេខាអ្នកដែលបំពេញពាក្យនេះ៖ ____________________________

ពិពណ៌នាថាតើឈ្មោះនេះមានអំណាចច្បាប់លើបុគ្គលនេះដោយរបៀបណា៖ ____________________

____