



Բժշկական Արձանագրություններ Ստանալու Մասին Հրահանգներ Հիվանդին

Շնորհակալ ենք, որ QueensCare Family Clinics-ին ձեր առողջապահական խնամքի մատակարարը լինելու պատեհություն էք տվել: Խնդրում ենք վերանայել հետևյալ ուղեցույցը, որպեսզի արագացնեք ձեր բժշկական արձանագրությունների ստացումը:

Կալիֆոռնիայի օրենքը (AB610) առողջապահական խնամքի մատակարարին 15-օրյա պայմանաժամ է տալիս (խնդրանքի ստացման ամսաթվից) ընթացքի մեջ գցելու հիվանդի՝ բժշկական արձանագրությունների պատճենների խնդրանքը: QueensCare Family Clinics-ը խնդրանքը բավարարում է մոտավորապես 15 աշխատանքային օրում՝ նայած ձեր բժշկական արձանագրությունների վայրի (դրսում մթերանոց, կլինիկաների վայրեր, և այլն):

Ձեր անձնական առողջապահական արձանագրությունների գաղտնիության և ապահովության վերաբերվող Դաշնային և Նահանգային բազմաթիվ օրենքները պարտավորեցնում են, որ QueensCare Family Clinics-ը գործադրի մի խիստ ուղեցույց՝ ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենները բաց թողնելիս: Քանի որ աճող ծախքեր են կապված այս ուղեցույցերի հետ, ներառած՝ գանգաճ աղբյուրներից բժշկական արձանագրությունները ապահովելու աշխատանքը, անհրաժեշտ է, որ QueensCare Family Clinics-ը գանձի մի անվանական վճար՝ այս աճող գործավարական ծախքերի մի մասը հավասարակշռելու համար:

Մենք գործի ենք լծել BACTES Արտապատկերման Լուծումները, որպեսզի լինի ձեր բժշկական արձանագրությունների խնդրանքները բավարարող ծառայության մատակարարը: Մենք ձեզ ենք ներկայացրել Բժշկական Արձանագրության Խնդրանքի Փաթեթ (կցված), ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենները խնդրելու և վճարելու հրահանգներով: Ձեր խնդրանքը ընթացքի մեջ գցելու համար, խնդրում ենք լրացնել և ներկայացնել հետևյալ երկու փաստաթղթերը—միասին—մեր **Տեղեկության Բացթողման** անձնակազմին:

- ❑ Առողջական Տեղեկության Օգտագործման կամ Բացահայտման Լիազորման ձևաթուղթ
- ❑ Բժշկական Արձանագրության Խնդրանքի Վճարման ձևաթուղթ \$15.00 կանխավճարով

Խնդրում ենք նկատի ունենալ հետևյալը՝

- ❑ Մենք լիազորումները կամ վճարման ձևաթղթերը ֆաքսով **չենք** ընդունում:
- ❑ Մենք կանխիկ **չենք** ընդունում: Միայն վճարագիրը (չեկ), փողի փոխադրագիրը (մոնի օրդեր) կամ վարկաքարտն են համարվում ընդունելի վճարում:
- ❑ Ձեր լիազորումից բացակայող կամ պակասավոր տեղեկությունը կարող է ազդել և ուշացնել ձեր խնդրանքը բավարարելու ժամանակը:

Կարող եք **փոստով** կամ **անձամբ** ներկայացնել ձեր փաթեթը QueensCare Family Clinics-ի Տեղեկության Բացթողման Բաժանմունքին՝ ներքևը նշված հասցեով, կամ փաթեթը լրացնել և թողնել մեր հարմար **QueensCare Family Clinics վայրերից** մեկում: Կլինիկան ձեր խնդրանքը կփոխանցի մեր **ներքևի Տեղեկության Բացթողման Բաժանմունքին՝**

QueensCare Family Clinics

Attn. **Call Center**

1300 North Vermont Ave, Suite 508

Los Angeles, CA 90027

Մեր անձնակազմը պատրաստ է օգնելու ձեզ, որ լրացնեք կցված ձևաթղթերը և պատասխանեք պահանջված տեղեկության վերաբերվող որևէ հարցի: Կցված տեղեկությունը ներկայացնելուց հետո, եթե ունեք որևէ հարց ձեր արձանագրությունների կարգավիճակի մասին, խնդրում ենք օգնության համար գանգահարել մեր հիվանդի ծառայության կենտրոն 800.560.3800 համարով: Խնդրում ենք գանգահարելուց առաջ թույլատրել երեք աշխատանքային օր:

Շնորհակալ ենք, որ մեզ թույլ եք տալիս ծառայել ձեզ:

QueensCare Family Clinics

Բժշկական Արձանագրություններ Խնդրելիս Ինչ Սպասել

ԱՄՆ-ի և Կալիֆորնիայի օրենսդրությունը սահմանվել է ձեզ՝ հաճախորդին պաշտպանելու համար նրանց դեմ, ովքեր կարող են խարդախօրեն օգտագործել ձեր անձնական տեղեկությունը, ներառած՝ ձեր բժշկական արձանագրություններում ընդգրկված անձնական առողջության տեղեկությունը:

Յուրաքանչյուր բժշկական մատակարար ունի եզակի գործընթացներ և ընթացակարգեր՝ տեղեկության բացթողման վերաբերյալ: QueensCare Family Clinics-ում մենք տեղեկության խնդրանքներին պատասխանելիս ընծայում ենք արձանագրությունների և բժշկական տեղեկության մի ստանդարտ կոմպլեկտ, որը հետևում է այն խիստ ուղեցույցերին, որոնք սահմանվել են ձեր Դաշնային և Նահանգային կառավարության կողմից:

Ձեզ ներկայացվող բժշկական տեղեկությունը փաստագրում է QueensCare Family Clinics-ում ձեր բուժման ընթացքում ձեզ տրված խնամքը: Հետևյալը կազմում է ամփոփույթը տեղեկության կատեգորիաների և մի հակիրճ բացատրություն, թե ինչ է QueensCare Family Clinics-ը ներկայացնում՝ երբ բավարարում է բժշկական արձանագրությունների խնդրանքները:

☛ ԿԱՐԵՎՈՐ ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ՝

Խնդրում ենք իրազեկ լինել, որ QueensCare Family Clinics-ը, օրենքով, պարտավոր է ներկայացնել նվազագույն պահանջված տեղեկությունը և կարող է հրապարակել միայն այն տեղեկությունը, որը մասնավորապես խնդրվել և լիազորվել է QueensCare Family Clinics-ի լիազորման ձևաթղթում, ուրիշ ոչինչ: Եթե մասնավոր ոչ մի ուղղություն չի տրվել, QueensCare Family Clinics-ը կներկայացնի մեկ (1) տարվա հիվանդի տեղեկություն՝ ինչպես սահմանվում է ներքևում:

ԻՆՉ Է ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՒՄ

- **Կլինիկայի Գրառումները՝** Փաստագրման մի մեթոդ, որը կիրառում են առողջապահական խնամք ընծայողները՝ հիվանդի աղյուսակում գրառումների համար:
- **Պատմություն և Ֆիզիկական Քննություն (H&P)**՝ Տեղեկանք, որը փաստագրում է հիվանդի ընթացիկ առողջական վիճակի մասին կարևոր տեղեկություն: Այն ընդգրկում է անձնական և ընտանեկան պատմության պատասխաններ և բավարար մանրամասնությամբ օրգանների համակարգի քննություններ՝ հիվանդի ներկա վիճակը կառավարելու համար:
- **Խորհրդատվություն**՝ Տեղեկանք, որը փաստագրում է հիվանդի գործի ախտաճանաչումը, կանխատեսությունը և բուժումը:
- **Լաբորատորիա**՝ Հիվանդի համար անցկացված լաբորատորային ամենավերջին տեղեկանքները:
- **Ռադիոլոգիա**՝ Բոլոր ռադիոլոգիական տեղեկանքները (CT Ձևումներ, MRI-ներ, Գերձան, Ռենտգեն ճառագայթներ, և Միջուկային Բժշկության Ուսումնասիրություններ):
- **Ախտաճանաչողական Ուսումնասիրություններ**՝ Ամենավերջին EKG-երը, Էկոսրտագրությունները և այն տեղեկանքները, որոնք կապ ունեն սրտի հետ:
- **Վիրաբուժություն / Պաթոլոգիա**՝ Օպերատիվ տեղեկանքներ, որոնք փաստագրում են վիրաբուժության բոլոր կողմերը և ախտաճանաչման ուղարկելու համար հայտնաբերված և հետազոտված որևէ նմուշ:

ԻՆՉ ԲԱՆ ՉԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՒՄ

Հաշվեցույցեր, ֆիլմեր, Պաթոլոգիական Սահիկներ կամ Արտաքին Արձանագրություններ:
Վերևի տեղեկությունը կարելի է ստանալ ուղղակի կապ հաստատելով այս բաժանմունքների հետ:



**ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ
ԼԻԱԶՈՐՈՒԹՅՈՒՆ**

Այս փաստաթղթի լրացումը լիազորում է ձեր մասին առողջական տեղեկության օգտագործումը և բացահայտումը: Պահանջված բոլոր տեղեկությունները չներկայացնելու դեպքում, այս լիազորությունը կարող է անվավեր համարվել:

Ազգանուն` _____	Անուն` _____	Միջնանուն` _____	Ծննդյան թիվ` _____
-----------------	--------------	------------------	--------------------

Առողջական Տեղեկության Օգտագործում և Բացահայտում

Այսու լիազորում եմ իմ առողջական տեղեկության օգտագործումն ու բացահայտումը ըստ ներքևում բնութագրվածի`

Տեղեկությունը ներկայացնելու համար լիազորված անձը/կազմակերպությունը	Տեղեկությունը ստանալու համար լիազորված անձը/կազմակերպությունը
Անուն` _____ Գործակալություն/կազմակերպություն` _____ Հասցե` _____ Քաղաք/Նահանգ/Զիպ` _____ Հեռախոս` _____ Ֆաքս` _____	Անուն` _____ Գործակալություն/կազմակերպություն` _____ Հասցե` _____ Քաղաք/Նահանգ/Զիպ` _____ Հեռախոս` _____ Ֆաքս` _____

Այս լիազորությունը տարածվում է հետևյալ տեղեկության վրա`

ա. Ընդհանուր բնույթի բոլոր տեղեկությունները (_____ թ. մինչև _____ թ.) որոնք առնչվում են իմ բժշկական պատմության, հոգեկան կամ ֆիզիկական վիճակին և ստացած բուժման

Հատուկ վնասվածքի կամ բուժման վերաբերվող տեղեկություն (_____ թ. մինչև _____ թ.)` _____

Ք. Ճառագայթներ (_____ թ. մինչև _____ թ.)` Տեղեկանքներ Ֆիլմեր

Լաբորատորային արդյունքներ (_____ թ. մինչև _____ թ.)

Գործավորի բժշկական արձանագրությունները (ներառած` նախաշխատանքային և տարեկան ֆիզիկական քննության փաստաթղթերը)

Այլ` _____

բ. Ես մասնավորապես լիազորում եմ հետևյալ տեղեկության բացահայտումը (նշեք ըստ _____)

հարմարության)

- Հոգեկան առողջության բուժման տեղեկություն¹
- ՄԻԱՎ (HIV) ստուգման արդյունքներ
- Ոգելից խմիչքի/թմրանյութի բուժման տեղեկություն

Ծանոթ՝ Մի առանձին լիազորություն է հարկավոր լիազորելու համար հոգեբուժական նորերի բացահայտումը:

Օգտագործման կամ Բացահայտման Նպատակը

- Հիվանդի խնդրանք (տարբերակը վավերական չէ, եթե առողջական խնամք մատակարարողը կամ առողջապահական ծրագիրը ինքն է խնդրել լիազորումը)
- Այլ (խնդրվում է նկարագրել) _____

Ժամկետանցում

Այս լիազորությունը ժամկետանցվում է (խնդրվում է նշել մեկը)

- 90 օրից կամ երբ լիազորման տեղեկությունը բացահայտվել է որը որ ավելի շուտ պատահի
- հետազոտական ուսումնասիրության ավարտին (միայն եթե լիազորությունը հետազոտման համար տեղեկությունը օգտագործելու/բացահայտելու է վերաբերվում)

Հաջորդ հարցին պատասխանեք միայն եթե առողջական խնամք մատակարարողը կամ առողջապահական ծրագիրը պահանջում է լիազորությունը:

Արդյո՞ք մատակարարը կամ ծրագիրը հատուցում են ստանալու պահանջված տեղեկության օգտագործումով կամ բացահայտումով: Այո Ոչ

Իմ Իրավունքները

- Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորությունը տարածվում է միայն բուժումների և ծառայությունների վրա, որոնք ստացվել են ներքևի թվականին կամ նրանից առաջ, և ոչ թե որևէ հաջորդական բուժման կամ ծառայության վրա:
- Ես կարող եմ մերժել այս լիազորությունը ստորագրել: Ո՛չ բուժումը, ո՛չ էլ վճարումը, գրանցումը կամ նպաստներին իրավասու լինելը չեն ազդվելու այս լիազորությունը տալուց կամ մերժելուց (բացի հետևյալ պարագաներից՝ հետազոտությանը առնչվող բուժում, նախա-գրանցումային ապահովագրություն կամ վտանգի որոշում, կամ առողջապահական խնամքի մատակարարում՝ պարզապես առողջական տեղեկություն ստեղծելու նպատակով, այն երրորդ կողմի բացահայտելու համար): Ոչ մի դեպքում ինձանից չպետք է պահանջվի լիազորել բացահայտումը հոգեբուժական նորերի:

¹ Եթե Lanterman-Petris-Short Ակտի ներքո ծածկված այդ պահանջված հոգեկան առողջության տեղեկությունը բացահայտվելու է երրորդ կողմի, բժիշկը, արտոնագրված հոգեբանը, օրգանիզացիայի մագիստրոսի վկայականով օրգանիզացիայի կամ ամուսնական և ընտանեկան թերապևտը, որը պատասխանատու է հիվանդի համար, պետք է վավերացնի այդ բացահայտումը: Եթե բացահայտումը չի վավերացվել, դրա պատճառը պետք է փաստագրվի:

- Ես կարող եմ հետ կոչել այս լիազորությունը որևէ ժամանակ, բայց դա պետք է անեն գրավոր, իմ ստորագրությամբ և հանձնելով՝ QueensCare Family Clinics, 1300 N. Vermont Ave., Suite 1002, Los Angeles, CA 90027: Հետ կոչումը ուժի մեջ կմտնի ստացվելուց հետո, բայց այն չի տարածվի տեղեկության վրա, որը արդեն բացահայտվել է այս լիազորության հետևանքով:
- Ես իրավունք ունեմ ստանալ այս լիազորության պատճենը: Եթե առողջապահական ծրագիրը կամ առողջական խնամք մատակարարողն է լիազորությունը խնդրել, պարտավոր են ինձ ընծայել պատճենը այս ձևաթղթի, այն ստորագրելուց հետո:
- Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորության հիմքի վրա բացահայտված տեղեկությունը կարող է վերաբացահայտվել այն ստացողի կողմից և թերևս այլևս չպաշտպանվի դաշնային գաղտնիության օրենքով (HIPAA): Այնուամենայնիվ, Կալիֆոռնիայի օրենքը արգելում է իմ առողջական տեղեկությունը ստացողին նրա հետագա բացահայտումը, բացի եթե ես ներկայացնեմ մի ուրիշ լիազորություն այդպիսի բացահայտման համար կամ բացի եթե այդպիսի բացահայտումը մասնավորապես պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:
- Ես կարող եմ քննել կամ ստանալ պատճենը այդ ձևաթղթում նկարագրված տեղեկության:

Ստորագրություն

_____ _____
 Հիվանդի/օրինական ներկայացուցչի Ամսաթիվ
 ստորագրությունը

_____ _____
 Հիվանդի/օրինական ներկայացուցչի Եթե օրինական ներկայացուցիչ է,
 տպատառ անունը կապը հիվանդի հետ

Medical Provider Approval/Comments (required for release of Mental Health treatment info.)

Request approved by: _____ Date: _____

If denied, state reason why: _____

Comments: _____

Հանձնումի մեթոդ՝ CD Փոստ Ստանձնում մշակման կենտրոնում
 Ստանձնման վայր _____
 Կլինիկայի անունը _____

Authorization received by: _____ on: _____

Բժշկական Արձանագրության Վճարման Ձևաթուղթ

ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ՔԱՂԱՔԱՅԻԱԿԱՆ ՕՐԵՆՍԳԻՐՔ 123110՝ Առողջապահական Արձանագրությունների Մատչելիությունը Կալիֆորնիայի Հիվանդին: Վերստուգում և պատճինահանում. (p) Պարբերություն՝ Հավելյալ, որն է հիվանդ կամ հիվանդի ներկայացուցիչ իրավասու պետք է լինի հիվանդի արձանագրությունների բոլոր կամ որն է մասի պատճեններին, իրավունք ունենալով վերստուգել՝ առողջապահական խնամքի մատակարարին ներկայացնելուց հետո պատճինահանվելիք արձանագրությունները հասկորոշող գրավոր խնդրանք, պատճինահանման ծախսի դիմաց վճարելով մեկտեղ մի վճար, որը չպետք է գերազանցի (\$.25) յուրաքանչյուր էջի համար:

Ամսաթիվ՝ _____ Հիվանդի Արձանագրության #՝ _____
 Հիվանդի Անունը՝ _____ Ցերեկային կապի #՝ _____

Վճարման Մեթոդը (Լրացվելու է Հիվանդի Կողմից) ԿԱՆՆԻԿ ՉԻ ԸՆԴՈՒՆՎՈՒՄ

Վճարագիր (վճարելի՝ Bactes-ին) Փողի Փոխադրագիր Վարկաքարտ (MC, Visa, AMEX)

Վճարագրի / Փողի Փոխադրագրի #՝ _____

Վարկաքարտի Համարը՝ _____

Ժամկետանցման Ամսաթիվը՝ _____ **3 թվանշով Ապահովության կողը՝** _____

Անունը Վարկաքարտի Վրա՝ _____

Վարկաքարտը կրողի ստորագրությունը՝ _____

Հիվանդի Հաշվեցուցային Հասցեն՝ _____

Բժշկական արձանագրությունների վերարտադրման ծախսերի համար գանձելի գումարը ՍՏԱՆԴԱԴ (մինչև 15 աշխատանքային օր) մշակման համար՝

1 - 60 էջ = \$15.00 (վճարելի՝ խնդրանքի պահին)

60+ էջ = \$0.25 ամեն մի էջը

For Office Use Only:

Total Page Count _____ less 60 pages = _____ remaining pages.

Remaining pages of _____ @ \$0.25 per page = **Total amount due:** \$ _____

Date patient notified of charges: _____ Total pages copied: _____