Հաճախորդի անուն-ազգանվան սկզբնատառեր՝ _____ Ամսաթիվ _____ / _____ / _____

COUNTY OF LOS ANGELES Public Health

ԹՄՐԱՆՅՈՒԹԵՐԻ ՉԱՐԱՇԱՀՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ԵՎ ՎԵՐԱՀՍԿՈՒՄ (SAPC)

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆՁ/ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ, ՈՒՄ ՊԵՏՔ Է ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ ԹՄՐԱՆՅՈՒԹԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻՆ ԱՌՆՉՎՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Փաստաթղթի նպատակը: Այս ձևը լրացնելը պարտադիր չէ, և այն պետք է կիրառվի՝ բացառապես լիազորելու համար Ձեր առողջության մասին թմրանյութերի օգտագործման խնդիրներին առնչվող պաշտպանված տեղեկությունների տրամադրումը լրացուցիչ անձի (անձանց) կամ կազմակերպության (կազմակերպությունների), ի լրումն այն մարմինների, որոնք ներկայումս նշված են կցված՝ «Տեղեկություններ տրամադրելու» դիմումի ձևում (ROI), ինչպես թույլատրվում է 42 CFR Part 2-ով: «Տեղեկություններ տրամադրելու» դիմումի ձևում նշված նպատակները, սահմանափակումներն ու պայմանները, ներառյալ ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը, ուժը կորցնելու ամսաթիվը կամ պայմանները և կասեցման ամսաթիվը վերաբերում են նաև այս փաստաթղթին: Այս ձևը պետք է լրացվի և կցվի համապատասխան «Տեղեկություններ տրամադրելու» դիմումի ձևին՝ այն ստորագրելու պահին: Այս ձևը չի կարող ավելացվել արդեն գոյություն ունեցող «Տեղեկություններ տրամադրելու» դիմումի ձևին և չի կարող օգտագործվել դրա հետ:

Խնդրում ենք նշել, թե «Տեղեկություններ տրամադրելու» որ դիմումի ձևին եք ավելացնում այս լիազորված անձին (անձանց) կամ կազմակերպությունը (կազմակերպությունները):

☐ SAPC-ի իրականացրած բուժման և խնամքի մասին տեղեկություններ տրամադրելու դիմում **ԿԱՄ**
☐ SAPC-ի իրավական վարույթների մասին տեղեկություններ տրամադրելու դիմում

I. ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ			
Ազգանուն, անուն, միջին անուն՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝	Medi-Cal #:	Sage ID #:

II. ՄԱՐՄԻՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՑ ՁԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ ԼԻԱԶՈՐՎՈՒՄ Է

Ստորև հատկացված դաշտերում լրացրեք այն լրացուցիչ անձի (անձանց) և/կամ կազմակերպության (կազմակերպությունների) կոնտակտային տվյալները, որոնց լիազորում եք տրամադրել Ձեր՝ թմրանյութերի օգտագործման խնդիրների (SUD) մասին պաշտպանված տեղեկությունները՝ համաձայն «Տեղեկություններ տրամադրելու» (ROI) դիմումի ձևի, որին կցում եք այս ձևը:

1. Անձի / կազմակերպության անուն՝ _____
   Հասցե՝ _____
   Հեռախոսի #՝ _____ Ֆաքսի #՝ _____
   Էլ. հասցե՝ _____ Կայքէջ՝ _____

2. Անձի / կազմակերպության անուն՝ _____
   Հասցե՝ _____
   Հեռախոսի #՝ _____ Ֆաքսի #՝ _____
   Էլ. հասցե՝ _____ Կայքէջ՝ _____

3. Անձի / կազմակերպության անուն՝ _____
   Հասցե՝ _____
   Հեռախոսի #՝ _____ Ֆաքսի #՝ _____
   Էլ. հասցե՝ _____ Կայքէջ՝ _____

4. Անձի / կազմակերպության անուն՝ _____
   Հասցե՝ _____
   Հեռախոսի #՝ _____ Ֆաքսի #՝ _____
   Էլ. հասցե՝ _____ Կայքէջ՝ _____