

លក្ខខណ្ឌនៃការចូលពិនិត្យ/ការទៅពិនិត្យនៅគ្លីនិក

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (CAMBODIAN)

ការទទួលស្គាល់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ខ្ញុំឯកភាពតាមដំណើរការ និងការព្យាបាលដែលអាចនឹងធ្វើឡើងចំពោះខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ ខណៈពេលជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិក។ ដំណើរការ និងការព្យាបាលទាំងនេះ អាចរួមមានដូចជា ការពិនិត្យរាងកាយ ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ និងការធ្វើតេស្តផ្សេងទៀត ការឆ្លុះកាំរស្មីអ៊ិច ការបំបាត់ការឈឺចាប់ ការថែទាំអ្នកជំងឺជាទូទៅ/សាមញ្ញ ការវះកាត់ និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ដំណើរការ និងការព្យាបាល និងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ពីចម្ងាយ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំកំពុងយល់ព្រមទទួលបានការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដែលជាកម្មសិទ្ធិ និងដំណើរការដោយខោនធី Los Angeles។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដែលដំណើរការដោយខោនធី Los Angeles អាចជាទីកន្លែងបង្រៀន។ ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពថាបុគ្គលិកហាត់ការ ពេទ្យរ៉េស៊ីដង់ត៍ និងនិស្សិត ដែលគ្រប់គ្រងដោយគ្រូពេទ្យប្រចាំការអាចថែទាំខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ។ ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពថា ខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានការថែទាំពីគ្រូពេទ្យដែលមិនមានវិញ្ញាបនបត្រគ្រូពេទ្យ ឬ គ្រូពេទ្យវះកាត់ ប៉ុន្តែដែលមានគុណវុឌ្ឍិ និងបានបញ្ជាក់ដោយក្រុមប្រឹក្សាវេជ្ជសាស្ត្រ California ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីពិសេសដោយភ្ញៀវជាសាស្ត្រាចារ្យ ឬសមាជិកមហាវិទ្យាល័យ។ ខ្ញុំក៏ឯកភាពផងដែរថា និស្សិតពេទ្យ និស្សិតទទួលបាន គិលានុបដ្ឋាយិកាជានិស្សិត និងនិស្សិតដទៃទៀតដែលទទួលបានការអនុម័តពី មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអាចជួយ ឬអង្កេតការថែទាំរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ។ ខ្ញុំឯកភាពថា មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអាចប្រើ និងបោះចោលជាលិកា សរីរាង្គ វត្ថុធាតុ ឬធាតុផ្សេងទៀត ដែលបានយកចេញពីរាងកាយរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ។

រូបភាព/វីដេអូ/សំឡេង៖ ខ្ញុំឯកភាពថា រូបថត វីដេអូ ឬរូបភាពផ្សេងទៀត ឬការថតសំឡេងរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងព្យាបាល និងសម្រាប់ ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពរបស់នាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខាភិបាល ដែលរួមមានដូចជាការពិនិត្យឡើងវិញដោយអ្នកឯកទេសដូចគ្នា ការកែលម្អគុណភាព ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមច្បាប់រដ្ឋ California ខ្ញុំមិនអាចថតវីដេអូ ឬថតសំឡេងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដោយមិនមានការអនុញ្ញាត របស់ពួកគេឡើយ។ ខ្ញុំក៏មិនអាចចែករំលែកវីដេអូ រូបភាព ឬសំឡេងថតរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដោយមិនមានការអនុញ្ញាតរបស់ពួកគេដែរ។

វិន័យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក៖ ខ្ញុំឯកភាពថា ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺនឹងអនុវត្តតាមវិន័យ និងទទួលស្គាល់ថាអ្នកគ្រប់គ្រង/នាយកមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកគឺជាមនុស្សតែមួយគត់ដែលនឹង ធ្វើការសម្រេចចាំតើវិន័យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកកំពុងត្រូវបានអនុវត្តតាមឬក៏អត់។ ខ្ញុំឯកភាពថាបើសិនជាខ្ញុំ/អ្នកជំងឺបរាជ័យក្នុងការអនុវត្តតាមវិន័យ ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺអាច នឹងត្រូវបានស្នើឲ្យត្រឡប់ទៅផ្ទះ ឬចេញពីមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។

ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា៖ ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពថាមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកផ្តល់តែការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាភារកិច្ចទូទៅប៉ុណ្ណោះ លុះត្រាតែមានបទបញ្ជាពី វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺនឹងទទួលបានការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាកាន់តែទូលំទូលាយ។

អ្នកជំងឺមាតុភាព៖ បើសិនជាខ្ញុំសម្រាលកូន ខណៈពេលជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកនេះ ខ្ញុំឯកភាពថាលក្ខខណ្ឌនៃការចូលពិនិត្យដូចគ្នានេះ នឹងអនុវត្តលើទារក។

ការផ្តល់ព័ត៌មាន៖ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺត្រូវបានការពារដោយច្បាប់របស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ លុះត្រាតែច្បាប់ចែងថាវាត្រូវបានអនុញ្ញាត ខ្ញុំត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ពាក្យដាច់ដោយឡែកដើម្បីឲ្យមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ។

ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានអ្នកជំងឺដើម្បីទទួលបានការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក៖ ខ្ញុំឯកភាពថា មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអាចចែករំលែកផ្នែកណាមួយនៃកំណត់ ហេតុរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ រួមមានដូចជាកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ជាមួយនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ វាអាចជាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង គម្រោងថែទាំសុខភាព ឬក្រុមហ៊ុនផ្តល់សំណងដល់បុគ្គលិក។ បើសិនជាអ្នកជំងឺកំពុងត្រូវបានព្យាបាលសម្រាប់ការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន HIV/AIDS ឬ បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត គេអាចនឹងត្រូវការការអនុញ្ញាតពិសេសដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។

កិច្ចព្រមព្រៀងហិរញ្ញវត្ថុ៖ ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពថា ខ្ញុំជាមនុស្សម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកក្នុងអត្រាតម្លៃធម្មតា និងតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក បើសិនជាអ្នកជំងឺមិនមានការធានារ៉ាប់រង។ បើសិនជាខ្ញុំមិនបង់ថ្លៃ ហើយវិក្រយបត្រធ្លាក់ដល់ដៃភ្នាក់ងារប្រមូលបំណុល ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ថ្លៃមេធាវី និងការចំណាយនៃការប្រមូលបំណុលផ្សេងៗ។ បើសិនជាគណនីរបស់ខ្ញុំយឺតពេល ខ្ញុំឯកភាពថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានគិតបន្ថែមនូវការប្រាក់តាមអត្រាដែលស្របច្បាប់។

MEDI-CAL/MEDICARE៖ បើសិនជាខ្ញុំបានបំពេញទម្រង់ពាក្យកម្មវិធី Medi-Cal ឬ Medicare ខ្ញុំឯកភាពថា ខ្ញុំបានបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងនេះយ៉ាងស្មោះ ត្រង់។ ខ្ញុំយល់ព្រមបញ្ចេញព័ត៌មានដែលចាំបាច់ដើម្បីបំពេញសំណើនេះ។ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យការបង់ប្រាក់ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់

នាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខាភិបាល និង/ឬនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ការគិតថ្លៃដែលនៅសេសសល់ទាំងឡាយ ដែលខ្ញុំមានទំនួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិដែលខ្ញុំមានដល់ការបង់ថ្លៃក្រោម Medicare Part A ឬ B សម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងសេវាកម្មគ្រូពេទ្យនានាដល់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។

ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រង៖ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជំងឺ បង់ប្រាក់ទៅឲ្យខោនធី Los Angeles ដោយផ្ទាល់។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងក្រុម វេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Groups) ដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយខោនធី។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ការគិតថ្លៃដែលនៅសេសសល់ទាំងឡាយដែល ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមិនបានបង់។

វត្តមានតម្លៃផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ខ្ញុំយល់ដឹងថា មន្ទីរពេទ្យមានទូសុវត្ថិភាពសម្រាប់ប្រាក់ និងវត្តមានតម្លៃ។ មន្ទីរពេទ្យមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះ ប្រាក់ ឬវត្តមានតម្លៃដែលមិនបានដាក់នៅក្នុងទូសុវត្ថិភាពឡើយ។ បើសិនជាខ្ញុំមិនបានដាក់ប្រាក់ ឬវត្តមានតម្លៃក្នុងទូសុវត្ថិភាព វាអាចត្រូវបានចោល ឬបាត់។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំគួរទុកប្រាក់ និងវត្តមានតម្លៃរបស់ខ្ញុំនៅផ្ទះ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា មន្ទីរពេទ្យទទួលខុសត្រូវចំពោះវត្តនៅក្នុងទូសុវត្ថិភាពដែលបាន បាត់/ចោលដែលមានតម្លៃហូតដល់ \$500 ប៉ុណ្ណោះ លុះត្រាតែខ្ញុំមានវិក័យប័ត្រពីមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងចំនួនដែលច្រើនជាង។

MRUN
NAME
DOB
SEX on ID



APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

លក្ខខណ្ឌនៃការចូលពិនិត្យ/ការទៅពិនិត្យនៅគ្លីនិក

CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (CAMBODIAN)

សិទ្ធិអ្នកជំងឺ

អ្នកមានសិទ្ធិ៖

1. ទទួលបានការថែទាំប្រកបដោយការយកចិត្តទុកដាក់ និងការគោរព និងមានជាសុខភាព។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការគោរពសម្រាប់គុណតម្លៃវប្បធម៌ ផ្លូវចិត្ត ស្មារតី ក៏ដូចជាគុណតម្លៃ ជំនឿ និងចំណង់ចំណូលចិត្តផ្ទាល់ខ្លួន។
2. ឲ្យសមាជិកគ្រួសារម្នាក់ (ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀតតាមដែលអ្នកជ្រើសរើស) និងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកផ្ទាល់ទទួលបានដំណឹងភ្លាមៗអំពីការចូលមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
3. ស្គាល់ឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ដែលកំពុងបំពេញភារកិច្ចក្នុងដែនវិសាលភាពនៃអាជ្ញាប័ណ្ណវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្លួន និងដែលមានទំនួលខុសត្រូវចម្បងសម្រាប់ការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងឈ្មោះក៏ដូចជាទំនាក់ទំនងវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលិកមិនមែនគ្រូពេទ្យ ដែលនឹងជួបអ្នក។
4. ទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាព ការធ្វើពិនិត្យរូបិយ បុរេនិមិត្ត ការព្យាបាល ការពឹងសម្រាប់ការជាសះស្បើយ និងលទ្ធផលនៃការថែទាំ (រាប់បញ្ចូលទាំងលទ្ធផលដែលមិនបានរំពឹងទុក) របស់អ្នក ដោយប្រើសំណេរដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការទំនាក់ទំនង ដែលមានប្រសិទ្ធភាព និងចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍ និងអនុវត្តគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងសំណួរក្រុមសីលធម៌ ដែលកើតឡើងនៅក្នុងការថែទាំ របស់អ្នក រួមមានបញ្ហានៃការដោះស្រាយជម្លោះ ការឃាត់ទុកសេវាកម្មដែលធ្វើឲ្យដឹងខ្លួន និងបោះបង់ ឬដកហូតការព្យាបាលរក្សាអាយុជីវិត។
5. ធ្វើការសម្រេចចិត្តពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងទទួលបានព័ត៌មានច្រើនអំពីការព្យាបាល ឬដំណើរការដែលបានស្នើឡើងណាមួយតាមដែលអ្នកអាច នឹងត្រូវការ ដើម្បីផ្តល់ការទទួលស្គាល់ទៅលើព័ត៌មានដែលបានជ្រាប ឬដើម្បីបដិសេធនៅលើការព្យាបាល។ លើកលែងក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ព័ត៌មាននេះ ត្រូវរាប់បញ្ចូលការពិពណ៌នាអំពីដំណើរការ ឬការព្យាបាល ហានិភ័យពាក់ព័ន្ធដែលសំខាន់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ការព្យាបាលផ្សេងៗ ឬការមិនព្យាបាល និងហានិភ័យដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងជម្រើសនីមួយៗ និងឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលនឹងអនុវត្តដំណើរការ ឬការព្យាបាល។
6. ស្នើសុំ ឬបដិសេធការព្យាបាល ទៅតាមកម្រិតដែលបានអនុញ្ញាតតាមច្បាប់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនមានសិទ្ធិទាមទារការព្យាបាល ឬសេវាកម្ម ដែលមិនសមស្រប ឬមិនចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ ទៅតាមកម្រិតដែលបានអនុញ្ញាតតាមច្បាប់ អ្នកមានសិទ្ធិចាកចេញពីកន្លែងថែទាំសុខភាព ទោះបី ផ្ទុយពីដំបូន្មានរបស់សមាជិកបុគ្គលិកវេជ្ជសាស្ត្រក៏ដោយ។
7. ទទួលបានព័ត៌មាន បើសិនជាគ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពនៅកន្លែងថែទាំសុខភាព/មានអាជ្ញាប័ណ្ណដែលកំពុងបំពេញភារកិច្ចក្នុងដែនវិសាលភាពនៃអាជ្ញាប័ណ្ណវិជ្ជាជីវៈ របស់ខ្លួនស្នើចូលរួម ឬធ្វើការពិសោធន៍លើមនុស្សដែលប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំ ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធមិនចូលរួម ក្នុងគម្រោងស្រាវជ្រាវបែបនេះ។
8. ការឆ្លើយតបសមហេតុផលចំពោះសំណើសមហេតុផលណាមួយដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់សេវាកម្ម។
9. ការវាយតម្លៃសមស្រប និងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីការឈឺចាប់ វិធានការបំបាត់ការឈឺចាប់ និង ចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការគ្រប់គ្រង ការឈឺចាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំ ឬបដិសេធការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយណាមួយឬទាំងអស់ដើម្បីបំបាត់ការឈឺចាប់ ដែលមានដូចជាការប្រើថ្នាំមានជាតិអាភៀន (opiate medication) បើសិនជាអ្នករងគ្រោះពីការឈឺចាប់ដែលរាំរឹតធ្ងន់ធ្ងរពុំអាចធ្វើការរឹតច្រួយបាន។ វេជ្ជបណ្ឌិតអាចនឹងបដិសេធមិនចេញវេជ្ជបញ្ជា ឲ្យប្រើថ្នាំមានជាតិអាភៀន ប៉ុន្តែបើដូច្នោះមែន គេត្រូវតែជូនដំណឹងដល់អ្នកថា មានគ្រូពេទ្យដែលមានឯកទេសព្យាបាលការឈឺចាប់ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រ ដែលរួមមានការប្រើប្រាស់ថ្នាំមានជាតិអាភៀន។
10. បង្កើតសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន (advance directives)។ វារួមមានដូចជា ការចាត់តាំងអ្នកសម្រេចចិត្តបើសិនជាអ្នកប្រែជាមិនអាចយល់ពី ការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង ឬមិនអាចបង្ហាញពីបំណងរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការថែទាំ។ បុគ្គលិក និងគ្រូពេទ្យនៅកន្លែងថែទាំសុខភាព ដែលផ្តល់ការថែទាំ ក្នុងទឹកនឹងត្រូវគោរពតាមសេចក្តីបង្គាប់ទាំងនេះ។ សិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺទាំងអស់អនុវត្តលើបុគ្គលដែលមានទំនួលខុសត្រូវស្របច្បាប់ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត ពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រជំនួសឲ្យអ្នក។ បណ្តឹងតវ៉ាអំពីតម្រូវការនៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន អាចត្រូវបានធ្វើឡើងទៅកាន់នាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋ California (មើលព័ត៌មានទំនាក់ទំនងនៅខាងក្រោម)។
11. ទទួលបានការគោរពចំពោះឯកជនភាពផ្ទាល់ខ្លួន។ ការពិភាក្សាអំពីករណី ការពិគ្រោះយោបល់ ការត្រួតពិនិត្យ និងការព្យាបាលគឺជាការសម្ងាត់ និងគួរធ្វើឡើង ដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្ន។ អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីមូលហេតុសម្រាប់វត្តមានរបស់បុគ្គលណាមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិឲ្យវាចាកចេញមុនពេលធ្វើការត្រួតពិនិត្យ និង នៅពេលបញ្ហាអំពីការព្យាបាលកំពុងត្រូវបានពិភាក្សា។ វាមានឯកជនភាព និងត្រូវបានប្រើនៅក្នុងបន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន។
12. ការរក្សាការសម្ងាត់នៃការទំនាក់ទំនង និងកំណត់ត្រាទាំងអស់ទាក់ទងនឹងការថែទាំរបស់អ្នក និងស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងថែទាំសុខភាព។ អ្នកនឹងទទួលបាន "សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព" ដាច់ដោយឡែកមួយដែលពន្យល់ពីសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកយ៉ាងពិស្តារ និងរបៀបដែលយើងអាចប្រើប្រាស់ និង បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់អ្នក។

ការព្រមាននៃសំណើ 65៖ សំណើ 65 តម្រូវឲ្យអភិបាលរដ្ឋចុះផ្សាយបញ្ជីឈ្មោះសារធាតុគីមី "ដែលរដ្ឋដឹងថាបណ្តាលឲ្យមានជំងឺមហារីក ពិការភាពពីកំណើត ឬការប៉ះពាល់ដល់ការបន្តពូជ។" វាក៏តម្រូវឲ្យបណ្តាក្រុមហ៊ុននៅរដ្ឋ California រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ព្រមានសាធារណជនអំពីការប៉ះពាល់ដែលអាចកើតឡើងចំពោះសារធាតុគីមីទាំងនេះ។ សារធាតុគីមីមួយចំនួននៅលើបញ្ជីរបស់អភិបាលរដ្ឋ ត្រូវបានប្រើដោយទឹកកន្លែងថែទាំសុខភាព ដែលរួមមានទឹកកន្លែងរបស់នាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខាភិបាល និងនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានប៉ះពាល់ជាមួយសារធាតុគីមីមួយចំនួនក្នុងអំឡុងការសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ បន្ថែមលើសារធាតុគីមីទាំងនេះ ឱសថមួយចំនួនដែលបានប្រើដើម្បីព្យាបាលអ្នកជំងឺមានផ្ទុកសារធាតុគីមីដែលរដ្ឋដឹងថាបណ្តាលឲ្យមានជំងឺមហារីក ពិការភាពពីកំណើត ឬការប៉ះពាល់ដល់ការបន្តពូជ។ សូមពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬឱសថការីរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកសម្រាប់ព័ត៌មានជាក់លាក់អំពីឱសថណាមួយដែលបានចេញផ្សាយសម្រាប់អ្នក។ បើសិនជាអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងព័ត៌មាននេះ សូមចូលទៅកាន់ការិយាល័យសុខភាពបរិស្ថានតាមរយៈ www.oehha.ca.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ (916) 445-6900។

សេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកប្រើប្រាស់៖ បើសិនជាអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំ និងសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺដែលមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកមិនបានដោះស្រាយ អ្នកត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឲ្យទាក់ទងថ្នាក់ដឹកនាំរបស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ បើសិនជាគេមិនអាចដោះស្រាយការព្រួយបារម្ភទាំងនោះតាមរយៈថ្នាក់ដឹកនាំមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក អ្នកអាចទាក់ទងគណៈកម្មការរួម (The Joint Commission) តាមរយៈលេខ (800) 994-6610 ឬ complaint@jointcommission.org ដើម្បីរាយការណ៍ពីការព្រួយបារម្ភពាក់ព័ន្ធនឹងទឹកកន្លែងរបស់នាយកដ្ឋានសុខាភិបាល។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកនេះបានទទួលអាជ្ញាប័ណ្ណ និងគ្រប់គ្រងដោយក្រុមប្រឹក្សាវេជ្ជសាស្ត្រ California។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីវេជ្ជបណ្ឌិត (MD) សូមទាក់ទងក្រុមប្រឹក្សាវេជ្ជសាស្ត្រ California តាមរយៈលេខ (800) 633-2322, ឬ 2005 Evergreen St., #1200, Sacramento, CA 95815, ឬ www.mbc.ca.gov/consumers/complaints។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកនេះបានទទួលអាជ្ញាប័ណ្ណ និងគ្រប់គ្រងដោយគណៈកម្មការជំនួយការគ្រូពេទ្យ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) សូមទាក់ទងគណៈកម្មការជំនួយការគ្រូពេទ្យតាមរយៈលេខ (916) 561-8780 ឬ www.pac.ca.gov។

ខ្ញុំកំពុងចុះហត្ថលេខានេះដើម្បីនិយាយថា ខ្ញុំយល់ និងឯកភាពតាមសេចក្តីថ្លែងខាងលើទាំងអស់។ ខ្ញុំបានទទួលឱកាសដើម្បីសួរសំណួរ និងបានទទួលចម្លើយសម្រាប់សំណួររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានទទួលសិទ្ធិជាអ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺដើម្បីឯកភាពតាមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើសុំ ខ្ញុំបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ។

ហត្ថលេខាសាក្សី	ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺឬបុគ្គលទទួលបន្ទុក	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ ពេលវេលា
អាសយដ្ឋាន	ផ្លូវ	ទីក្រុង	ZIP

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID



APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

13. ទទួលការថែទាំនៅក្នុងទឹកនៃរដ្ឋដែលមានសុវត្ថិភាព មិនមានការធ្វើបាបផ្លូវចិត្ត រាងកាយ ផ្លូវភេទ ឬពាក្យសម្តី និងការធ្វេសប្រហែស ការកេងប្រវ័ញ្ច ឬការបៀតបៀន។ អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់សេវាកម្មការពារ និងសេវាកម្មគ្រួសារផ្សេងៗ រួមមានដូចជាការជូនដំណឹងដល់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលអំពីការធ្វេសប្រហែស ឬការរំលោភបំពាន។
14. មានសេរីភាពពីការដាក់កំហិត និងការដាក់ទោសដាច់ពីគេក្នុងទម្រង់ណាមួយដែលបានប្រើជាមធ្យោបាយនៃការបង្ខិតបង្ខំ ការដាក់ទោស ភាពងាយស្រួល ឬ ការសងសឹកដោយបុគ្គលិក។
15. ការបន្តការថែទាំដោយសមហេតុផល និងដឹងជាមុនអំពីពេលវេលា និងទីតាំងនៃការណាត់ជួបក៏ដូចជាអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលដែលផ្តល់ការថែទាំ។
16. ទទួលបានព័ត៌មានពីគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគ្រូពេទ្យអំពីតម្រូវការ និងជម្រើសនៃការថែទាំសុខភាពបន្ត បន្ទាប់ពីចាកចេញពីទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាព។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍ និងការអនុវត្តគម្រោងចាកចេញរបស់អ្នក។ តាមសំណើរបស់អ្នក មិត្តភក្តិឬសមាជិកគ្រួសារក៏អាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ ផងដែរ។
17. ដឹងថាវិន័យ និងគោលការណ៍នៃទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពអ្វីខ្លះអនុវត្តលើអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកខណៈពេលជាអ្នកជំងឺ។
18. ចាត់តាំងបុគ្គលគាំទ្រម្នាក់ ក៏ដូចជាភ្ញៀវតាមដែលអ្នកជ្រើសរើស បើសិនជាអ្នកមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រេចចិត្ត មិនថាភ្ញៀវជាប់ពាក់ព័ន្ធដោយសារសាច់ឈាម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ថានភាពដៃគូក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជីអត់នោះទេ លុះត្រាតែ មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានភ្ញៀវ។ ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពធ្វើការសម្រេច យ៉ាងសមហេតុផលថាវត្តមានរបស់ភ្ញៀវមួយចំនួននឹងធ្វើឲ្យគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកជំងឺ សមាជិកនៃបុគ្គលិកទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាព ឬ ភ្ញៀវផ្សេងទៀតដែលមកសួរសុខទុក្ខនៅទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាព ឬនឹងរំខានដល់ប្រតិបត្តិការរបស់ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពយ៉ាងខ្លាំង។ អ្នកបានប្រាប់បុគ្គល ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពថាអ្នកលែងចង់ឲ្យបុគ្គលជាក់លាក់មកសួរសុខទុក្ខទៀតហើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពអាចនឹងបង្កើត ការរឹតបន្តឹងសមហេតុផលទៅតាមការសួរសុខទុក្ខ រួមមានដូចជាការរឹតបន្តឹងលើម៉ោងនៃការសួរសុខទុក្ខ និងចំនួនអ្នកមកសួរសុខទុក្ខជាដើម។ ទឹកនៃរដ្ឋ ថែទាំសុខភាពត្រូវតែជូនដំណឹងដល់អ្នក (ឬបុគ្គលគាំទ្ររបស់អ្នក នៅពេលដែលសមស្រប) អំពីសិទ្ធិទទួលបានការសួរសុខទុក្ខរបស់អ្នក រួមទាំងការរឹតបន្តឹង ឬ ដែនកំណត់គ្លីនិកផ្សេងៗ។ ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាព មិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យរឹតបន្តឹង ដាក់កម្រិត ឬបដិសេធឯកសិទ្ធិទទួលបានការសួរសុខទុក្ខដោយឈរលើមូលដ្ឋាន ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពកំណើត សាសនា ភេទ អត្តសញ្ញាណ យែនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ឬពិការភាពឡើយ។
19. ទទួលបានការពិចារណាលើការបង់ប្រាក់របស់អ្នក បើសិនជាអ្នកខ្វះខាតសមត្ថភាពធ្វើការសម្រេចចិត្ត ក្នុងគោលបំណងកំណត់ថាអ្នកណាអាចមកសួរសុខទុក្ខបាន។ វិធីសាស្ត្រនៃការពិចារណានោះ នឹងអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងគោលការណ៍របស់ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពស្តីពីការសួរសុខទុក្ខ។ យ៉ាងតិចបំផុត ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពត្រូវរាប់បញ្ចូលបុគ្គលនានាដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ឬបុគ្គលគាំទ្រណាមួយដោយអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។
20. ត្រួតពិនិត្យ និងទទួលបានការពន្យល់អំពីវិក្កយបត្ររបស់អ្នកដោយមិនគិតពីប្រភពនៃការបង់ប្រាក់ឡើយ។
21. ប្រើប្រាស់សិទ្ធិទាំងនេះដោយការគោរព និងមានសេរីភាពពីការរើសអើងដោយឈរលើមូលដ្ឋានភេទ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ច សារវតាអប់រំ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ប្រភពកំណើត ទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណ/ការបង្ហាញយែនឌ័រ ពិការភាព ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ អាយុ ស្ថានភាពដៃគូក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជី ព័ត៌មានសេណេទិក សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ (លើកលែងត្រូវបានតម្រូវតាមច្បាប់សហព័ន្ធ) ឬប្រភពនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំ។
22. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។ បើសិនជាអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពនេះ អ្នកអាចធ្វើដូច្នោះបានដោយសរសេរ ឬទូរសព្ទទៅ ដេប៉ាតឺម៉ង់ទំនាក់ទំនងអ្នកជំងឺ/អ្នកគាំពារអ្នកជំងឺ (Patient Relations Department/Patient Advocate)។ ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបាន ពិនិត្យឡើងវិញ ហើយអ្នកនឹងទទួលបានការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នឹងមានសរសេរឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវទាក់ទង នៅទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាព ជំហានដែលបានធ្វើដើម្បីស៊ើបអង្កេតពាក្យបណ្តឹង លទ្ធផលនៃនីតិវិធីបណ្តឹងតវ៉ា និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបញ្ចប់នីតិវិធីបណ្តឹងតវ៉ា។ ការព្រួយបារម្ភពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ឬការឲ្យចាកចេញមុនពេលវេលា ក៏នឹងត្រូវទាក់ទងទៅស្ថាប័នពិនិត្យឡើងវិញដោយអ្នកឯកទេសជាដៃគូ ដើម្បីគ្រប់គ្រងទៅលើគុណភាព និងការប្រើប្រាស់ (Utilization and Quality Control Peer Review Organization (PRO)) តាមការគ្រូផងដែរ។
23. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋ California មិនថាអ្នកប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងតវ៉ារបស់ទឹកនៃរដ្ឋថែទាំសុខភាពឬអត់នោះទេ។ លេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋានរបស់នាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋ California គឺ 800-228-5234, 681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868។
24. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយនាយកដ្ឋានការងារ និងលំនៅដ្ឋានយុត្តិធម៌ (Department of Fair Employment and Housing) តាមរយៈ: www.dfeh.ca.gov, 800-884- 1684 ឬ 800-700-2320 (TTY) ឬ 2218 Kausen Dr., #100, Elk Grove, CA 95758។