EMERGENCY MEDICAL TREATMENT CONDITIONS OF ADMISSION - PART I
លក្ខខណ្ឌនៃការចូលសម្រាកព្យាបាលក្នុងគ្លីនិក/អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ (Cambodian)

ការព្រមព្រៀងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះនីតិវិធី និងការព្យាបាលដែលអាចនឹងធ្វើឡើងសម្រាប់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ ខណៈពេលដែលអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ នីតិវិធី និងការព្យាបាលទាំងនេះអាចរួមមានដូចជា ការពិនិត្យរាងកាយការធ្វើតេស្តឈាម ឬទឹកនោម និងផ្សេងទៀតការថតកាំរស្មីអ៊ុចការបំបាត់ការឈឺចាប់ ការថែទាំជាប្រចាំ/ធម្មតាការរះកាត់ និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតនីតិវិធី និងការព្យាបាល និងសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ ។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំនឹងយល់ព្រមទទួលការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដែលបានគ្រប់គ្រង និងដំណើរការដោយខោនធីទីក្រុងឡូសអែនដែលឡេស។ ខ្ញុំដឹងថាមន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិកដែលដំណើរការដោយខោនធីនៃទីក្រុងឡូសអែនដែលឡេសអាចជាកន្លែងសម្រាប់ការបង្រៀន។ ខ្ញុំដឹង និងយល់ព្រមថាអ្នកហាត់ការអ្នកស្រុក និងសហការីដែលគ្រប់គ្រងដោយគ្រូពេទ្យដែលចូលរួមអាចថែទាំខ្ញុំ/អ្នកជំងឺបាន ។ ខ្ញុំដឹង និងយល់ព្រមថាខ្ញុំអាចទទួលបានការថែទាំពីគ្រូពេទ្យដែលមិនមានវិញ្ញាបនបត្រគ្រូពេទ្យ និងគ្រូពេទ្យរះកាត់ ប៉ុន្តែជាអ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងបញ្ជាក់ដោយក្រុមប្រឹក្សាវេជ្ជសាស្ត្ររដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីពិសេសមួយក្នុងនាមជាសាស្ត្រាចារ្យសួរសុខទុក្ខឬសមាជិកមហាវិទ្យាល័យ។
ខ្ញុំក៏យល់ស្របផងដែរថានិស្សិតពេទ្យនិស្សិតទន្តសាស្ត្រនិស្សិតគិលានុបដ្ឋាយិកា និងសិស្សផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុម័តដោយមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអាចជួយបាននៅក្នុង ឬសង្កេតមើលការថែទាំរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ។ ខ្ញុំដឹងថាមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអាចប្រើ និងយកជាលិកាសរីរាង្គរូបធាតុឬធាតុផ្សេងទៀតណាមួយដែលបានយកចេញពីរាងកាយរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ។

រូបភាព/វីដេអូ/សំឡេង៖ ខ្ញុំយល់ព្រមថារូបភាពវីដេអូឬរូបផ្សេងទៀតឬការថតសំឡេងរបស់ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺ អាចនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងព្យាបាល និងសម្រាប់ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និង/ឬក្រសួងសុខភាពសាធារណៈរួមទាំងការត្រួតពិនិត្យដោយក្រមការងារផ្នែកកែលម្អគុណភាពផ្នែកបណ្តុះបណ្តាល និងផ្នែកអប់រំ។ ខ្ញុំដឹងថាតាមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខ្ញុំមិនអាចថតវីដេអូឬសំឡេងរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីពួកគេបានឡើយ។ ខ្ញុំក៏មិនអាចចែករំលែកវីដេអូរូបភាពឬការថតសំឡេងរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីពួកគេបានផងដែរ។

ច្បាប់របស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក៖ ខ្ញុំយល់ព្រមថាខ្ញុំ/អ្នកជំងឺនឹងគោរពតាមច្បាប់ និងទទួលយកថាអ្នកគ្រប់គ្រង/ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកនឹងជាបុគ្គលតែម្នាក់គត់ដែលនឹងសម្រេចថាតើច្បាប់របស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកកំពុងត្រូវបានអនុវត្តតាមឬអត់។ ខ្ញុំយល់ស្របថាប្រសិនបើខ្ញុំ/អ្នកជំងឺមិនគោរពតាមច្បាប់ទេខ្ញុំ/អ្នកជំងឺអាចនឹងត្រូវបានគេស្នើសុំឱ្យត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញឬត្រូវបានបណ្តេញចេញពីមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។

ការថែទាំព្យាបាល៖ ខ្ញុំដឹង និងយល់ព្រមថាមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកផ្តល់តែការថែទាំព្យាបាលតាមកាតព្វកិច្ចទូទៅប៉ុណ្ណោះ លុះត្រាតែពេលមានការបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ/របស់អ្នកជំងឺទើបខ្ញុំ/អ្នកជំងឺនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលដែលល្អិតល្អន់ជាងនេះ។

អ្នកជំងឺសម្ងាត់៖ ប្រសិនបើខ្ញុំសម្រាលកូនខណៈពេលជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកនេះខ្ញុំយល់ព្រមថាលក្ខខណ្ឌនៃការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដូចគ្នាទាំងនេះអនុវត្តចំពោះទារក។

ការបញ្ចេញព័ត៌មាន៖ ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ/របស់អ្នកជំងឺត្រូវបានការពារដោយច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ លុះត្រាតែច្បាប់ចែងថាវាត្រូវបានអនុញ្ញាតទើបត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដាច់ដោយឡែកសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ/របស់អ្នកជំងឺ។

ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នកជំងឺដើម្បីទទួលបានការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក៖
ខ្ញុំយល់ព្រមថាមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអាចនឹងចែករំលែកផ្នែកណាមួយនៃកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ/របស់អ្នកជំងឺ រួមទាំងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទៅនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ នេះអាចជាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងតម្រោងថែទាំសុខភាពឬក្រុមហ៊ុនសំណងរបស់បុគ្គលិក។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលបន្ទាបការសេពគ្រឿងស្រវឹងឬគ្រឿងញៀនមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តនោះប្រហែលជាត្រូវការការអនុញ្ញាតពិសេសដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មាននេះ។

កិច្ចព្រមព្រៀងហិរញ្ញវត្ថុ៖ ខ្ញុំដឹង និងយល់ស្របថាខ្ញុំគឺជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃគ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងអត្រា និងលក្ខខណ្ឌធម្មតារបស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនបង់ប្រាក់ទេហើយវិក្កយបត្រចូលទៅក្នុងការប្រមូលប្រាក់នោះខ្ញុំយល់ព្រមបង់ថ្លៃមេធាវី និងការចំណាយលើការប្រមូលប្រាក់។ ប្រសិនបើគណនីរបស់ខ្ញុំយឺត នោះខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យគិតថ្លៃការប្រាក់ពីខ្ញុំនៅក្នុងអត្រាស្របច្បាប់។

PATIENT HIM LABEL
NAME
DOB
FIN#
MR#
SEX on ID

សិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺ

អ្នកមានសិទ្ធិ៖

1. ចំពោះការថែទាំដែលមានការគិតគូរ និងការគោរព និងមានភាពងាយស្រួល។ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការគោរពវប្បធម៌ ចិត្តសាស្ត្រសាសនាគុណតម្លៃផ្ទាល់ខ្លួនជំនឿ និងចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នក។
2. មានសមាជិកគ្រួសារ (ឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀតពីការជ្រើសរើសរបស់អ្នក) និងគ្រូពេទ្យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹងភ្លាមៗអំពីការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
3. ស្គាល់ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណដែលប្រតិបត្តិនៅក្នុងវិសាលភាពនៃអាជ្ញាប័ណ្ណវិជ្ជាជីវៈរបស់គាត់ដែលមានទំនួលខុសត្រូវចម្បងលើការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងឈ្មោះព្រមទាំងទំនាក់ទំនងវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យឬអ្នកដែលមិនមែនជាគ្រូពេទ្យដែលនឹងជួបអ្នក។
4. ទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពការរោគវិនិច្ឆ័យបុរេនិម្មិតវគ្គនៃការព្យាបាលទស្សន:ចំពោះការជាសះស្បើយ និងលទ្ធផលនៃការថែទាំរបស់អ្នក (រួមទាំងលទ្ធផលដែលមិនអាចស្ថានទុកមុន) នៅក្នុងលក្ខខណ្ឌដែលអ្នកអាចយល់។

   អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបាន “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព”ដាច់ដោយឡែកដែលរៀបរាប់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានកំណត់ត្រារបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិចំពោះការប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយប្រសិទ្ធិភាព និងចូលរួមនៅក្នុងការអភិវឌ្ឍ និងការអនុវត្តនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមនៅក្នុងសំណួរប្រកបដោយសីលធម៌ដែលលើកឡើងនៅក្នុងវគ្គថែទាំរបស់អ្នករួមទាំងបញ្ហានៃការដោះស្រាយវិវាទការមិនព្រមទទួលសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការបញ្ឈប់ឬការដកហូតការព្យាបាលសង្គ្រោះបឋម។
5. ធ្វើការសម្រេចចិត្តពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាព និងទទួលព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលឬនីតិវិធីរះកាត់ណាមួយដែលបានដាក់ស្នើឲ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីផ្តល់ការព្រមព្រៀងជាព័ត៌មានឬដើម្បីបដិសេធវគ្គព្យាបាល។ លើកលែងតែក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ព័ត៌មាននេះត្រូវរួមបញ្ចូលការពណ៌នាអំពីនីតិវិធីរះកាត់ឬការព្យាបាលហានិភ័យសំខាន់ៗផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធវគ្គជំនួសនៃការព្យាបាលឬមិនមែនការព្យាបាល និងហានិភ័យពាក់ព័ន្ធនីមួយៗ និងឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលនឹងអនុវត្តនីតិវិធីរះកាត់ឬការព្យាបាល។
6. ស្នើសុំឬបដិសេធការព្យាបាលទៅតាមទំហំដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទាមទារការព្យាបាលឬសេវាកម្មសមរម្យឬដែលមិនចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ អ្នកមានសិទ្ធិចាកចេញពីកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព បើទោះបីជាប្រឆាំងទៅនឹងការណែនាំរបស់សមាជិកនៃបុគ្គលិកពេទ្យក៏ដោយទៅតាមទំហំដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។
7. ទទួលបានការណែនាំប្រសិនបើកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព/គ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណដែលប្រតិបត្តិនៅក្នុងវិសាលភាពនៃអាជ្ញាប័ណ្ណវិជ្ជាជីវៈរបស់គាត់ស្នើសុំចូលរួមឬធ្វើការពិសោធន៍ទៅលើមនុស្សដែលប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំឬការព្យាបាលរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងសិក្សាស្រាវជ្រាវបែបនេះបាន។
8. ការឆ្លើយតបដែលសមហេតុផលទៅនឹងសំណើដែលសមហេតុផលណាមួយត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់សេវាកម្ម។
9. ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នកដោយសមរម្យព័ត៌មានអំពីការឈឺចាប់វិធានការបំបាត់ការឈឺចាប់ និងចូលរួមនៅក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំឬបដិសេធការប្រើប្រាស់រាល់បែបបទណាមួយឬទាំងអស់នៅក្នុងការបំបាត់ការឈឺចាប់រួមទាំងថ្នាំដែលមានជាតិអាភៀន ប្រសិនបើអ្នករងការឈឺចាប់ដែលពុំអាចព្យាបាលបានរ៉ាំរ៉ៃខ្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ។ វេជ្ជបណ្ឌិតអាចនឹងបដិសេធក្នុងការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំដែលមានជាតិអាភៀនប៉ុន្តែបើដូច្នោះមែន នោះត្រូវតែជូនដំណឹងដល់អ្នកថាមានគ្រូពេទ្យដែលមានឯកទេសក្នុងការព្យាបាលការឈឺចាប់ដោយប្រើវិធីសាស្ត្រដែលរួមបញ្ចូលការប្រើប្រាស់ជាតិអាភៀន។
10. ការសរសេរសំបុត្របណ្តាំពេលនៅរស់។ នេះរួមទាំងការចាត់តាំងអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តប្រសិនបើអ្នកអសមត្ថភាពក្នុងការយល់ដឹងអំពីការព្យាបាលដែលបានស្នើឬមិនអាចប្រាស្រ័យទាក់ទងពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំ។ បុគ្គលិកកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព និងគ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការថែទាំនៅក្នុងកន្លែងនោះត្រូវអនុវត្តតាមបណ្តាំពេលនៅរស់ទាំងនេះ។ សិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺទាំងអស់អនុវត្តចំពោះអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការថែទាំសុខភាពក្នុងនាមអ្នក។ បណ្តឹងអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសំបុត្របណ្តាំពេលនៅរស់អាចធ្វើឡើងបានទៅក្រសួងសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Public Health) (សូមមើលព័ត៌មានទំនាក់ទំនងខាងក្រោម)។
11. ត្រូវគោរពឯកជនភាពផ្ទាល់ខ្លួន។ ការពិភាក្សាករណីប្រឹក្សាយោបល់ការពិនិត្យសុខភាព និងការព្យាបាលគឺជាការសម្ងាត់ហើយគួរតែធ្វើឡើងដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្ន។ អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីមូលហេតុសម្រាប់វត្តមានរបស់បុគ្គលទាំងឡាយបាន។ អ្នកមានសិទ្ធិឲ្យអ្នកកំដរចាកចេញមុនពេលចាប់ផ្តើមការពិនិត្យ និងនៅពេលដែលកំពុងពិភាក្សាអំពីបញ្ហានៃការព្យាបាល។ វាំងននឯកជនភាពនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងបន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន។
12. ការធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទង និងកំណត់ត្រាទាំងអស់ប្រកបដោយការសម្ងាត់ដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំ និងការស្នាក់របស់អ្នកនៅក្នុងកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព។ អ្នកនឹងទទួលបាន “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព”ដាច់ដោយឡែកដែលរៀបរាប់អំពីសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកយ៉ាងលម្អិត និងរបៀបដែលយើងអាចនឹងប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់អ្នក។

MEDI-CAL/MEDICARE៖ ប្រសិនបើខ្ញុំបានបំពេញទម្រង់បែបបទរបស់ Medi-Cal ឬ Medicare នោះខ្ញុំយល់ស្របថាខ្ញុំបានបំពេញទម្រង់បែបបទដោយភាពត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបញ្ចេញព័ត៌មានដែលចាំបាច់ដើម្បីបញ្ចប់ការស្នើសុំនេះ។ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅក្រសួងសុខាភិបាលខោនធីនៃទីក្រុងឡូសអែនជែលឡេស (County o fLos Angeles Department of Health Services) និង/ឬក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ (Department of Public Health)។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ប្រាក់ដែលនៅសល់ទាំងឡាយដែលខ្ញុំទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់សម្រាប់។
ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិដែលខ្ញុំមានចំពោះការទូទាត់ប្រាក់ស្របតាម Medicare ផ្នែក A ឬ Bសម្រាប់ការថែទាំរួមទាំងសេវាគ្រូពេទ្យណាមួយដល់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។
ការផ្ទេរអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង៖ ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជំងឺបង់ប្រាក់ដល់ខោនធីនៃទីក្រុងឡូសអែនជែលឡេស (County of Los Angeles)ដោយផ្ទាល់។ នេះរួមបញ្ចូលទាំង Medical Groups ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងខោនធីផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ប្រាក់ទាំងឡាយ។ ការគិតថ្លៃនៅសល់ដែលមិនទាន់បានទូទាត់ដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង។
វត្ថុមានតំម្លៃផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ខ្ញុំដឹងថាមន្ទីរពេទ្យមានភាពសុវត្ថិភាពសម្រាប់ប្រាក់កាស និងវត្ថុដែលមានតម្លៃ។ មន្ទីរពេទ្យមិនទទួលខុសត្រូវលើប្រាក់កាសឬវត្ថុមានតម្លៃដែលមិនបានទុកនៅក្នុងទូដែកសុវត្ថិភាពនោះឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំទុកដាក់ប្រាក់ឬវត្ថុមានតម្លៃនៅក្នុងទូដែកសុវត្ថិភាពប្រាក់ទាំងនោះអាចនឹងត្រូវបានគេលួចឬបាត់។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំគួរតែទុកប្រាក់ និងវត្ថុមានតំម្លៃរបស់ខ្ញុំនៅឯផ្ទះ។
ខ្ញុំដឹងថាមន្ទីរពេទ្យទទួលខុសត្រូវតែវត្ថុដែលបានបាត់/ត្រូវបានគេលួចក្នុងតម្លៃរហូតដល់$500 ប៉ុណ្ណោះនៅក្នុងទូដែកសុវត្ថិភាពលុះត្រាតែខ្ញុំមានបង្កានដែពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដ៏ច្រើននេះ។
សេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកប្រើប្រាស់៖ ប្រសិនបើអ្នកមានកង្វល់អំពីការថែទាំ និងសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកជំងឺដែលខាងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកមិនបានដោះស្រាយអ្នកត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យទាក់ទងមករដ្ឋបាលរបស់មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក។ ប្រសិនបើកង្វល់មិនអាចដោះស្រាយបានដោយរដ្ឋបាលមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកអ្នកអាចទាក់ទងទៅគណៈកម្មការរួម (Joint Commission) បានតាមលេខ (800) 994-6610ឬcomplaint@jointcommission.org ដើម្បីរាយការណ៍កង្វល់ទាក់ទងនឹងកន្លែងផ្តល់សេវារបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ វេជ្ជបណ្ឌិតឆ្មបដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណអ្នកបច្ចេកទេសខាងមនោវិភាគស្រាវជ្រាវអ្នកបច្ចេកវិទ្យាខាងរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺដំណេកអ្នកបច្ចេកទេស និងសិក្ខាកាមត្រូវបានផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ និងគ្រប់គ្រងដោយក្រុមប្រឹក្សាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Medical Board of California)។ ដើម្បីពិនិត្យមើលអាជ្ញាប័ណ្ណឬដាក់បណ្តឹងសូមចូលទៅគេហទំព័រ www.mbc.ca.gov អ៊ីមែល licensecheck@mbc.ca.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ (800) 633-2322ឬ2005EvergreenSt., #1200, Sacramento,CA95815 ឬ www.mbc.ca.gov/consumers/complaints។ ជំនួយការរបស់គ្រូពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យនេះត្រូវបានផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណ និងគ្រប់គ្រងដោយគណៈកម្មការជំនួយការគ្រូពេទ្យ (Physician Assistant Committee)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីពាក្យបណ្តឹងអំពីជំនួយការរបស់គ្រូពេទ្យសូមទាក់ទងទៅគណៈកម្មការជំនួយការគ្រូពេទ្យ (Physician Assistant, PA) តាមលេខ (916) 561-8780ឬwww.pac.ca.gov។

ខ្ញុំនឹងចុះហត្ថលេខានេះដើម្បីបញ្ជាក់ថាខ្ញុំដឹង និងយល់ព្រមតាមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងលើទាំងអស់។ ខ្ញុំទទួលបានឱកាសក្នុងការសួរសំណួរ និងទទួលបានការឆ្លើយសំណួររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺដើម្បីព្រមព្រៀងលើកិច្ចការទាំងនេះ។ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំ ខ្ញុំទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ។ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំខ្ញុំទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ។

ហត្ថលេខាសាក្សី	ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺឬអ្នកទទួលខុសត្រូវ	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ	ម៉ោង

អាសយដ្ឋាន	ផ្លូវ	ទីក្រុង	ហ្ស៊ីប

PATIENT HIM LABEL
NAME
DOB
FIN#
MR#
SEX on ID

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

13. ទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងបរិយាកាសដែលមានសុវត្ថិភាពគ្មានការរំលោភបំពានផ្លូវចិត្តផ្លូវកាយផ្លូវភេទឬពាក្យសំដីនិងការមិនយកចិត្តទុកដាក់ការកេងប្រវ័ញ្ចឬការបៀតបៀន។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាការពារ និងគាំពារ រួមទាំងការជូនដំណឹងដល់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលអំពីការមិនយកចិត្តទុកដាក់ឬការរំលោភបំពាន។
14. គ្មានការបង្ខាំងទុក និងភាពនៅដាច់ពីគេនៃទម្រង់ណាមួយដែលត្រូវបានប្រើជាមធ្យោបាយបង្ខិតបង្ខំដាក់វិន័យ ភាពងាយស្រួលឬការសងសឹកដោយបុគ្គលិក។
15. ការបន្តការថែទាំដោយសមហេតុផល និងដឹងពីពេលវេលា និងទីកន្លែងណាត់ជួបជាមុនព្រមទាំងអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលដែលផ្តល់ការថែទាំនោះ។
16. ទទួលបានការជូនដំណឹងពីគ្រូពេទ្យឬប្រតិភូគ្រូពេទ្យអំពីការបន្តលក្ខខណ្ឌតម្រូវ និងជម្រើសនៃការថែទាំសុខភាពបន្ទាប់ពីចាកចេញពីកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងការបង្កើតនិងការអនុវត្តផែនការចាកចេញរបស់អ្នក។ តាមការស្នើសុំរបស់អ្នកមិត្តភ័ក្តិឬសមាជិកគ្រួសារក៏អាចនឹងទទួលបានព័ត៌មាននេះផងដែរ។
17. ដឹងពីច្បាប់ និងគោលការណ៍របស់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពដែលអនុវត្តចំពោះអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលជាអ្នកជំងឺ។
18. ចាត់តាំងអ្នកជួយព្រមទាំងអ្នកតំណាងដែលអ្នកជ្រើសរើសប្រសិនបើអ្នកមានសមត្ថភាពធ្វើការសម្រេចចិត្ត ថាតើអ្នកតំណាងមានទំនាក់ទំនងជាប់សាច់ឈាមអាពាហ៍ពិពាហ៍ឬស្ថានភាពដៃគូគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជីឬអត់លុះត្រាតែមិនអនុញ្ញាតឱ្យមានអ្នកតំណាង។ កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពតំណាងយ៉ាងសមហេតុផលថាវត្តមានរបស់អ្នកតំណាងណាម្នាក់នឹងបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកជំងឺសមាជិកនៃបុគ្គលិកកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពឬអ្នកតំណាងផ្សេងទៀតចំពោះកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពឬនឹងបង្កការរំខានដល់ប្រតិបត្តិការរបស់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ។ អ្នកបានប្រាប់បុគ្គលិកកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពថាអ្នកលែងចង់ឱ្យបុគ្គលណាម្នាក់មកសួរសុខទុក្ខទៀតហើយ។ ប៉ុន្តែកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពអាចនឹងបង្កើតការរឹតត្បិតដែលសមហេតុផលនៅពេលការមកសួរសុខទុក្ខរួមទាំងការរឹតត្បិតលើម៉ោងសួរសុខទុក្ខ និងចំនួនអ្នកតំណាងផងដែរ។ កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពត្រូវតែជូនដំណឹងដល់អ្នក (ឬអ្នកជួយរបស់អ្នកតាមការសមរម្យ) អំពីសិទ្ធិសួរសុខទុក្ខរបស់អ្នក រួមទាំងការរឹតត្បិតឬដែនកំណត់នៃការព្យាបាលទាំងឡាយ។ កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពមិនអនុញ្ញាតឱ្យរឹតត្បិតកំណត់ឬបដិសេធឯកសិទ្ធិសួរសុខទុក្ខផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ពណ៌សម្បុរដើមកំណើតជាតិសាសនាភេទអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រនិន្នាការផ្លូវភេទឬពិការភាពឡើយ។
19. ពិចារណាពីបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នកថាតើអ្នកខ្វះសមត្ថភាពធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងគោលបំណងដើម្បីកំណត់ថានរណាខ្លះអាចមកសួរសុខទុក្ខបាន។ វិធីសាស្ត្រនៃការពិចារណានោះនឹងអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធហើយត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងគោលការណ៍របស់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពស្តីពីការសួរសុខទុក្ខ។ យ៉ាងហោចណាស់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពត្រូវរាប់បញ្ចូលបុគ្គលដែលរស់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកនិងអ្នកជួយណាម្នាក់ដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។
20. ពិនិត្យ និងទទួលបានការពន្យល់អំពីវិក្កយបត្ររបស់អ្នកដោយមិនគិតពីប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់។ មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការទូទាត់ប្រាក់ដោយបើកចំហរ (Open Payments) គឺជាឧបករណ៍របស់សហព័ន្ធមួយដែលប្រើដើម្បីស្វែងរកការទូទាត់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមហ៊ុនឱសថ និងឧបករណ៍ទៅដល់គ្រូពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការបង្រៀន។ វាអាចរកឃើញបាននៅ openpaymentsdata.cms.gov។ ”
21. អនុវត្តសិទ្ធិទាំងនេះដោយមិនគិតពី និងគ្មានការរើសអើងដោយផ្អែកលើភេទស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចប្រវត្តិសិក្សាជាតិសាសន៍ពណ៌សម្បុរសាសនាពូជពង្សដើមកំណើតជាតិនិន្នាការផ្លូវភេទអត្តសញ្ញាណ/លក្ខណៈយេនឌ័រពិការភាពស្ថានភាពសុខភាពស្ថានភាពគ្រួសារអាយុស្ថានភាពដៃគូគ្រួសារដែលបានចុះបញ្ជីព័ត៌មានហ្សែនសញ្ញាតិភាសាចម្បងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ (លើកលែងតែតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ) ឬប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំ។
22. ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពនេះអ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបានដោយសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឬតាមការហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកទំនាក់ទំនងអ្នកជំងឺ/ផ្នែកគាំពារអ្នកជំងឺ (Patient Relation Department/Patient Advocate)។ បណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ ហើយអ្នកនឹងទទួលបានការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនឹងមានឈ្មោះបុគ្គលដែលត្រូវទាក់ទងនៅកន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាព វិធានការដែលបានអនុវត្តដើម្បីស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងសារទុក្ខលទ្ធផលនៃដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបញ្ចប់ដំណើរបណ្តឹងសារទុក្ខ។ កង្វល់ទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំឬការឆាប់ចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យក៏នឹងត្រូវបញ្ជូនទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យការប្រើប្រាស់ និងគ្រប់គ្រងគុណភាពដោយក្រុមការងារ (Peer Review Organization, PRO) តាមដែលអាចធ្វើបាន។
23. ដាក់បណ្តឹងទៅក្រសួងសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដោយមិនគិតថាអ្នកប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់កន្លែងផ្តល់សេវាសុខភាពឬអត់នោះទេ។ លេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋានរបស់ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាគឺ 800-228-5234,681SParkerSt.,Suite200Orange,CA92868។
24. ដាក់បណ្តឹងទៅក្រសួងការងារ និងលំនៅឋានសមរម្យ (Department of Fair Employment and Housing, DFEH) តាម www.dfeh.ca.gov,800-884-1684ឬ800-700-2320 (TTY) ឬ2218KausenDr.,#100, ElkGrove, CA95758។