



स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी प्रयोग गर्न वा खुलासा गर्न अनुमति  
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

\* \* \* कृपया सबै वस्तुहरू पढ्नुहोस् रू पूरा गर्नुहोस् \* \* \*

फाराम #14014 प्रयोग गर्नुहोस्

पदार्थ प्रयोग विकार उपचार रेकर्डहरूको खुलासालाई अधिकृत गर्नुहोस्

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_ उपनाम/पहिलेको नाम: \_\_\_\_\_

जन्ममिति: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम 4: \_\_\_\_\_ फोन नम्बर: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_  
सडक \_\_\_\_\_ सहर/नगर्य \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ जिप कोड \_\_\_\_\_

म तल वर्णन गरिए अनुसार मेरो बारेमा स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग/प्रकटीकरणलाई अधिकृत गर्दछु:

निम्नबाट प्राप्त गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_  निम्नमा खुलासा गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_  
(कुन अस्पताल/अभ्यास/सेवा) (कुन संगठन/अभ्यास/कसलाई जारी गर्ने)

ठेगाना: \_\_\_\_\_ ठेगाना: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

फ्याक्स नं: \_\_\_\_\_ फोन नं: \_\_\_\_\_  
फ्याक्स नं: \_\_\_\_\_  
इमेल ठेगाना: \_\_\_\_\_

मेरो चिकित्सकीय रेकर्ड निम्न जानकारी साझा गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_ निम्नबाट: \_\_\_\_\_ निम्नसम्म: \_\_\_\_\_  
(कृपया सेवाको मिति उल्लेख गर्नुहोस्)

- अस्पताल र/वा चिकित्सा समूहका रेकर्डहरूको सारांश:  
इतिहास र शारीरिक जाँच, आपत्कालीन विभागका चिकित्सकका टिप्पणी, डिस्चार्ज सारांश, परामर्श रिपोर्ट, मानसिक स्वास्थ्य नोट, शल्यक्रिया र प्रक्रिया रिपोर्ट, कार्यालय भ्रमण नोट, मनोचिकित्सकीय र/वा मानसिक मूल्याङ्कन, प्रयोगशाला रिपोर्ट, इमेजिङ रिपोर्ट र अन्य कुनै पनि निदान अध्ययनहरू आदि।
- निदान परीक्षणका परिणामहरू (कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_
- इमेजिङ (कृपया एक ढाँचा चयन गर्नुहोस्):  CD र रिपोर्टहरू  केवल रिपोर्टहरू
- बिलिङ बयानहरू
- पूर्ण चिकित्सकीय रिपोर्ट वा अन्य (कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्): \_\_\_\_\_

निम्नको उद्देश्य का लागि: e

- थप चिकित्सा स्याहार  व्यक्तिगत  बीमा  कानुनी  अन्य: \_\_\_\_\_

म माथि "प्रकट गर्न" सेक्सनमा सूचीबद्ध प्राप्तकर्ताले यो जानकारी (कृपया एक चयन गर्नुहोस्) निम्न माध्यमबाट प्राप्त होस् भन्ने चाहन्छु:

- कागज  CD  फ्याक्स  इमेल: \_\_\_\_\_

- अनुरोध गरिएको रेकर्डहरू सुरक्षित पोर्टलबाट प्राप्त गर्न निर्देशनसहित इमेलसम्बन्धी सूचनाको व्यवस्था गरिने छ। यी रेकर्डहरू सुरक्षित पोर्टलमा केवल PDF दस्तावेजको रूपमा उपलब्ध हुने छन् र उपलब्धताको इमेलसम्बन्धी सूचनाको मितिपछि 30 दिनसम्म पहुँच गर्न सकिने छ।

यस अधिकारपत्रमा तल पहिचान गरिएका कुनै पनि रेकर्डहरूको प्रकाशन समावेश छ जबसम्म मैले त्यस्ता रेकर्डहरू खुलासा नगर्न जाँच गर्दिन। बक्समा चिन्ह लगाउने वा नलगाउने कुरा यस्तो जानकारी अस्तित्वमा छ वा छैन भन्ने सूचक होइ प्रकट नगर्नुपर्ने रेकर्डहरू:  व्यवहारिक/मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू

म मैले जारी गर्न चयन गरेको अभिलेखमा जीवनसम्बन्धी उपचार र परीक्षण, व्यवहारिक स्वास्थ्य, HIV/AIDS, प्रजनन स्वास्थ्य हेरचाह, र पदार्थ प्रयोग विकार (उदाहरणका लागि, प्राइमरी केयर भ्रमणहरूबाट) सम्बन्धी जानकारी समावेश हुन सक्छ र यो अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गरेर म त्यस्ता जानकारीहरू जारी गर्न सहमति जनाइरहेको छु भन्नी बुझ्छु। म आफ्नै रिपोर्टहरू सिधै आफ्नै नाममा जारी गराउन चयन गर्न सक्छु र त्यसको अधिकार पनि राख्छु। जसकारण म ती सामग्रीहरू — जसमा तेस्रो पक्षलाई प्रकट गर्न नचाहेको संवेदनशील जानकारी पनि समावेश हुन सक्छ — हेर्न र समीक्षा गर्न सक्छु।



**स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी प्रयोग गर्न वा खुलासा गर्न अनुमति**  
**(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)**

**म तलका कुराहरू बुझ्नु:**

- जानकारी जारी गर्ने प्रक्रियामा आवश्यक प्रक्रियागत र कानुनी चरणहरूको कारणले मेरो स्वास्थ्य अभिलेखको प्रतिलिपिका लागि शुल्क लाग्न सक्छ। सबै शुल्क राज्य र संघीय कानूनद्वारा नियमन गरिएका हुन् र पेनसिल्वेनिया राज्य विधानसभाद्वारा हरेक वर्ष अद्यावधिक गरिन्छन्।
  - म यो अनुमति पत्रमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु र मेरो अस्वीकारले उपचार प्राप्त गर्ने मेरो क्षमतामा कुनै असर पर्ने छैन। म यस अनुमति पत्रअन्तर्गत प्रयोग/प्रकट गरिएको कुनै पनि जानकारी निरीक्षण वा प्रतिलिपि गर्न सक्छु।
  - यस अनुमति पत्रअनुसार प्रकट गरिएको जानकारी प्राप्तकर्ताद्वारा पुनः प्रकट हुन सक्छ र अब यस अनुमति पत्रको सर्तअन्तर्गत सुरक्षित हुने छैन। तर, केही सुरक्षित ्रिपोर्ट पेनसिल्वेनिया राज्यका कानून र नियम र/वा संघीय गोपनीयता नियमहरूअनुसार पुनः प्रकट गर्न नहुने हुन सक्छन्।
  - म यो अनुमति पत्रलाई कुनै पनि समयमा रद्द गर्न सक्छु। मैले यो अनुमति पत्र रद्द गर्ने निर्णय गर्छु भने, मलाई आफ्नो लिखित रद्द प्रमाणपत्र स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन – जानकारी जारी गर्ने कार्यालयमा बुझाउनुपर्छ। म यो खारेज यस प्राधिकरणको प्रतिक्रियामा पहिले नै जारी गरिएको जानकारीमा लागू हुने छैन भन्ने बुझ्छु।
  - यस दस्तावेजले मेरो हस्ताक्षर मितिपछि 12 महिनाभित्र वा अघि मेरो चिकित्सकीय ्रिपोर्टमा प्रविष्ट गरिएको जानकारी जारी गर्न अनुमति दिन्छ। यो अनुमति पत्र हस्ताक्षर मितिदेखि 12 महिनामा समाप्त हुने छ।
  - यो अनुमति पत्र पूर्ण रूपमा भरीएको नभएसम्म स्वीकार गरिने छैन। यस फारामको प्रतिलिपि मूलको सट्टामा स्वीकार गरिने छ।
- मेरो हस्ताक्षरले मेरो प्रतिनिधि वा मैले यस दस्तावेजको प्रतिलिपि प्राप्त गरेका छौं, मैले यस अनुमति पत्रको सामग्री पढेर बुझेको छु र जानकारी जारी गर्न स्वतः सहमति जनाएको छु भन्नी प्रमाणित गर्छु।

विरामी/प्रतिनिधिको हस्ताक्षर \*

मिति

प्रतनिधिरि बरिामीसँगको सम्बन्धको पूरा नाम \*

साक्षीको हस्ताक्षर

मिति

साक्षीको पूरा नाम

\* व्यक्तिगत प्रतिनिधि भनेको लागू हुने कानूनअनुसार विरामी वा मृतकको तर्फबाट कार्य गर्न अधिकार प्राप्त व्यक्ति हो।  
कानुनी कागजात आवश्यक हुन सक्छ।

**पेनसिल्वेनिया मानसिक स्वास्थ्य प्रक्रिया ऐन पालना गर्नका लागि:**

विरामी/प्रतिनिधिले हस्ताक्षर प्रदान गर्न शारीरिक रूपमा असमर्थ हुँदा यो भाग पूरा गर्नु पर्ने छ:

हामी, तल हस्ताक्षरकर्ता, माथि उल्लेखित अनुमति पत्र विरामीलाई पढेर सुनाइएको छ र उहाँ/उहाँीले जानकारी जारी गर्ने प्रकृति बुझ्नु भएको छ र स्वतः आफ्नो मौखिक सहमति दिनुभएको छ भनी प्रमाणित गर्छौं।

**मौखिक सहमतिका लागि दुई जना साक्षीको हस्ताक्षर आवश्यक छ:**

Signature of Witness

Date

Printed Name of Witness

Signature of Witness

Date

Printed Name of Witness

**कृपया यो फाराम निम्नमा मेल गर्नुहोस् वा फ्याक्स गर्नुहोस्:**

WellSpan Health  
Health Information Management – Release of Information  
1135 Edgar St, Suite 101, York, PA 17403

फ्याक्स नम्बर: (717) 812-8119  
इमेल: PatientRequests@wellspan.org  
(अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ)

\*\*\* महत्वपूर्ण: कृपया स्वास्थ्य ोरिपोर्टहरूको प्रतिलिपि सिधैं अनुरोध गर्ने अभ्यास वा चिकित्सकलाई पठाउनुहोस्। \*\*\*  
स्वास्थ्य जानकारी र चालानका अनुरोधहरू निम्नद्वारा प्रशोधन गरिन्छ: MRO CORPORATION (610) 994-7500 विकल्प १

