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 नामः _____ **उपनाम/पहिलेको नामः** _____

जन्ममितिः _____ **सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम 4:** _____ **फोन नम्बरः** _____

ठेगानाः _____

सडक सहर/नगर्य राज्य जिप कोड

म तल वर्णन गरिएअनुसार मेरो बारेमा स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग/प्रकटीकरणलाई अधिकृत गर्दछुः

निम्नबाट प्राप्त गर्नुहोस्: _____
(कुन अस्पताल/अभ्यास/सेवा)

ठेगाना: _____

_____

_____

फ्याक्स नं: _____

☐ निम्नमा खुलासा गर्नुहोस्: _____
(कुन संगठन/अभ्यास/कसलाई जारी गर्ने)

ठेगाना: _____

_____

_____

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 सारांशः**
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** ☐ **अन्यः** _____

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

☐ **कागज** ☐ **CD** ☐ **फ्याक्स** ☐ **इमेलः** _____

- 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 ूरेकर्डहरूः ☐ व्यवहारिक/मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू

म मैले जारी गर्न चयन गरेको अभिलेखमा जीनसम्बन्धी 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 सिधैँ 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 सक्छुँ।

* W R O I 0 0 0 1 *

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

म तलका कुराहरू बुझ्छु:

- जानकारी जारी गर्ने प्रक्रियामा आवश्यक प्रक्रियागत र कानुनी चरणहरूको कारणले मेरो स्वास्थ्य अभिलेखको प्रतिलिपिका लागि शुल्क लाग्न सक्छ। सबै शुल्कू राज्य र संघीय कानुनद्वारा नियमन गरिएका हुन् र पेनसिल्भेनिया 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 पेनसिल्भेनिया 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 छौँ, मैले यस अनुमति पत्रको सामग्री पढेर बुझेको छु र जानकारी जारी गर्न स्वतः सहमति जनाएको छु भन्नी प्रमाणित गर्छ।

बिरामी/प्रतिनिधिको हस्ताक्षर * _____ मिति _____

प्रतनिधिरि बरिामीसँगको सम्बन्धको पूरा नाम * _____

साक्षीको हस्ताक्षर _____ मिति _____

साक्षीको पूरा नाम् _____

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

पेनसिल्भेनिया मानसिक स्वास्थ्य प्रक्रिया ऐन पालना गर्नका लागि:

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

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

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
50 Wyntre Brook Drive
York, PA 17403

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

* W R O I 0 0 0 1 *