



स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासाको प्रमाणीकरण
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

* * * कृपया पूरै वस्तुहरू पढेर पूरा गर्नुहोस् * * *
कृपया पदार्थ दुर्व्यसनी विकारको उपचारका रेकर्डहरू
खुलासा गर्न अधिकार-प्रदान गर्नका लागि फाराम #14014 प्रयोग गर्नुहोस्

बिरामीको नाम: _____ उपनाम/बिचको नाम: _____

जन्ममिति: _____ सामाजिक सुरक्षा नम्बरको अन्तिम 4 अङ्क: _____ फोन नम्बर: _____

ठेगाना: _____
स्ट्रिट नगर/सहर राज्य जिप कोड

मैले तल व्याख्या गरिएअनुसार मेरो बारेमा स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी प्रयोग/खुलासा गर्न अधिकार-प्रदान गर्छु:

निम्नबाट प्राप्त गर्नका लागि: _____
(कुन अस्पताल/अभ्यास/सेवालाई) (कुन संस्था/अभ्यासलाई/कसलाई)

ठेगाना: _____ फोन नम्बर: _____
प्याक्स नम्बर: _____

मेरो मेडिकल रेकर्डबाट निम्न जानकारी साझा गर्नुहोस्: _____
प्रेषक: _____ प्रापक: _____
(कृपया सेवाको मिति उल्लेख गर्नुहोस्)

- अस्पताल र/वा चिकित्सा समूह रेकर्डहरूको सारांश:
इतिहास र शारीरिक, आपतकालीन विभागको चिकित्सकका नोटहरू, डिस्चार्जसम्बन्धी सारांश, परामर्शका रिपोर्टहरू, मानसिक स्वास्थ्यसम्बन्धी नोटहरू, शल्यचिकित्सकीय र प्रक्रियाका रिपोर्टहरू, कार्यालय भेटका नोटहरू, मनोरोग र/वा मनोवैज्ञानिक मूल्याङ्कन, प्रयोगशाला रिपोर्ट, इमेजिङ रिपोर्ट र अन्य कुनै पनि निदान अध्ययनहरू, आदि।
- निदानात्मक परीक्षणका नतिजाहरू (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्): _____
- इमेजिङ (कृपया एउटा ढाँचा चयन गर्नुहोस्): CD र रिपोर्टहरू रिपोर्टहरू मात्र
- बिलिङ विवरणहरू
- पूर्ण मेडिकल रेकर्ड वा अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्): _____

निम्न उद्देश्यका लागि: _____
 थप चिकित्सा स्याहार व्यक्तिगत बीमा कानून अन्य: _____

म माथि "निम्नलाई खुलासा गर्नुहोस्" खण्डमा सूचीबद्ध गरिएको प्रापकले यो जानकारी निम्न विधि (कृपया एउटा चयन गर्नुहोस्) मार्फत प्राप्त गरोस् भन्ने चाहन्छु:

कागज CD सुरक्षित इमेल सूचना (इमेल ठेगाना): _____

- मैले मेरो आफ्नै वा मेरो निर्दिष्ट प्रापकको मान्य इमेल ठेगाना उपलब्ध गराउनुपर्छ।
- सुरक्षित पोर्टलबाट अनुरोध गरिएका रेकर्डहरू पुनः प्राप्त गर्ने निर्देशनहरूसहितको इमेल सूचना प्रदान गरिने छ। यी रेकर्डहरू उपलब्ध भएको बारे सूचनासम्बन्धी इमेल पठाएको मितिपछि 30 दिनसम्म सुरक्षित पोर्टलमा भएका PDF कागजातहरूको रूपमा मात्र उपलब्ध हुने छन्।

यस प्रमाणीकरणमा मैले त्यस्ता रेकर्डहरू खुलासा नगर्ने भनेर चिन्ह नलगाएसम्म तल पहिचान गरिएका कुनै पनि रेकर्ड खुलासा गर्ने कार्य समावेश हुन्छ। बाकसमा चिन्ह लगाउनु वा नलगाउनु भनेको त्यस्तो जानकारी अवस्थित छ भन्ने जनाउँदैन। खुलासा गर्न नचाहने रेकर्डहरू: व्यवहारात्मक/मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू

मैले खुलासा गर्नका लागि चयन गरेका रेकर्डहरूमा आनुवंशिकी, व्यवहारात्मक स्वास्थ्य, HIV/AIDS र पदार्थ दुर्व्यसनी विकार (उदाहरणका लागि, प्राथमिक स्याहार भेटहरूबाट) सम्बन्धी उपचार र परीक्षणका बारेमा जानकारी समावेश हुन सक्छन् र यस प्रमाणीकरणमा हस्ताक्षर गरेर म यस्तो जानकारी खुलासा गर्न सहमत छु भन्ने कुरा बुझ्दछु। म तेस्रो पक्षलाई खुलासा गर्न नचाहेको संवेदनशील जानकारीलागायतका सामग्रीहरूको समीक्षा र निरीक्षण गर्न सक्नु भन्नाका लागि म मेरा रेकर्डहरू सीधै मलाई जारी गरियोस् भनेर छनोट गर्न सक्छु र मसँग उक्त अधिकार पनि छ।



स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासाको प्रमाणीकरण
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

म निम्न कुराहरू बुझ्छु:

- मेरो स्वास्थ्य रेकर्डका प्रतिलिपिहरूका लागि सूचना प्रक्रिया जारी गर्ने प्रक्रियागत र व्यवस्थित चरणहरूका कारणले शुल्कहरू लाग्न सक्छन्। सबै शुल्कहरू राज्य र संघीय कानूनद्वारा व्यवस्थित छन् र पेन्सिलभानिया राज्य विधान सभाद्वारा वार्षिक रूपमा अद्यावधिक गरिन्छ।
 - म यस प्रमाणीकरणमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु र मैले हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्नाले उपचार प्राप्त गर्ने मेरो क्षमतालाई प्रभाव पार्ने छैन। म यस प्रमाणीकरणअन्तर्गत प्रयोग/खुलासा गर्ने कुनै पनि जानकारी निरीक्षण गर्न वा प्रतिलिपि गर्न सक्छु।
 - यस प्रमाणीकरणबमोजिम खुलासा गरिएको जानकारी प्रापकद्वारा पुनः खुलासा गर्न सकिन्छ र अब यस प्रमाणीकरणका सर्तहरूअन्तर्गत सुरक्षित गरिने छैन। यद्यपि, पेन्सिलभानिया राज्यका कानून तथा नियमहरू र/वा संघीय गोपनीयता नियमहरूका अनुसार निश्चित सुरक्षित रेकर्डहरू पुनः खुलासा गर्न सकिँदैन।
 - मैले यो प्रमाणीकरण कुनै पनि समयमा खारेज गर्न सक्छु। मैले यो प्रमाणीकरण रद्द गर्ने निर्णय गरेका खण्डमा मैले स्वास्थ्य जानकारी व्यवस्थापन – जानकारी खुलासा कार्यालयमा मेरो लिखित खारेजी पेश गर्नुपर्छ। यस प्रमाणीकरणको प्रतिक्रियामा पहिले नै जारी गरिएको जानकारीमा यो खारेजी लागू हुने छैन भन्ने कुरा म बुझ्छु।
 - यस कागजातले मैले हस्ताक्षर गरेको मितिभन्दा 12 महिनाअघि वा सोभित्रमा मेरा मेडिकल रेकर्डहरूमा प्रविष्ट गरिएको जानकारी जारी गर्ने अधिकार दिन्छ। यस प्रमाणीकरणको म्याद हस्ताक्षर गरेको मितिदेखि 12 महिनामा समाप्त हुने छ।
 - यो प्रमाणीकरण पूर्ण रूपमा पूरा नभएसम्म स्वीकार गरिने छैन। यस फारामको प्रतिलिपि मूल फारामको सट्टामा स्वीकार गरिने छ।
- मैले हस्ताक्षर गर्नाले मेरो प्रतिनिधि वा मैले यस कागजातको प्रतिलिपि प्राप्त गरेका छौं, मैले यस प्रमाणीकरणको सामग्री पढेको र बुझेको छु र जानकारी जारी गर्न स्वैच्छिक रूपमा सहमत छु भन्ने कुरा स्वीकार गर्दछ।

बिरामी/प्रतिनिधिको हस्ताक्षर *

मिति

प्रतिनिधिको पूरा नाम र बिरामीसँगको सम्बन्ध *

बिरामी/प्रतिनिधिको हस्ताक्षर *

मिति

प्रतिनिधिको पूरा नाम र बिरामीसँगको सम्बन्ध *

* व्यक्तिगत प्रतिनिधि भनेको लागूयोग्य कानूनअन्तर्गत बिरामी वा मृतकको तर्फबाट कार्य गर्ने अधिकार भएको व्यक्ति हो।
कानुनी कागजात आवश्यक पर्न सक्छ।

PA मानसिक स्वास्थ्य प्रक्रिया ऐनको अनुपालन गर्नका लागि:

बिरामी/प्रतिनिधि हस्ताक्षर गर्न शारीरिक रूपमा असक्षम हुँदा यो भाग पूरा गरिनुपर्छ:

हामी, हस्ताक्षर गरेको व्यक्तिले माथिको प्रमाणीकरण बिरामीलाई पढेर सुनाइएको छ र उहाँले जानकारी जारी गर्ने प्रकृति बुझ्नुहुन्छ र माथिको जानकारीको खुलासाका लागि स्वतन्त्र रूपमा आफ्नो मौखिक सहमति दिनुहुन्छ भन्ने कुरा प्रमाणित गर्छौं।

मौखिक सहमतिमा निम्न दुई जना साक्षीको हस्ताक्षर आवश्यक पर्छ:

साक्षीको हस्ताक्षर

मिति

साक्षीको पूरा नाम

साक्षीको हस्ताक्षर

मिति

साक्षीको पूरा नाम

कृपया यो फाराम निम्नमा मेल गर्नुहोस् वा फ्याक्स गर्नुहोस्:

WellSpan Health
स्वास्थ्य जानकारी व्यवस्थापन – जानकारीको खुलासा
50 Wyntre Brook Drive
York, PA 17403

फोन नम्बर: (717) 851-6396
फ्याक्स नम्बर: (717) 812-8119
इमेल: PatientRequests@wellspan.org

* * * महत्त्वपूर्ण: कृपया मेडिकल रेकर्डहरूको प्रतिलिपि सीधै अनुरोध गर्ने अभ्यासकर्ता वा चिकित्सकलाई पठाउनुहोस्। * * *

स्वास्थ्य जानकारी र बीजकहरूका अनुरोधहरू निम्नद्वारा प्रक्रिया गरिन्छ: MRO निगम

