

अपोइन्टमेन्टको प्रकार / कर्मचारीको प्रयोजनका लागि मात्र ☐ मेडिकल ☐ दन्तचिकित्सा

☐ रिभरसाइड ☐ सेफ हार्बर ☐ पर्ल स्ट्रीट ☐ साउथ एन्ड ☐ च्याम्पलेन आइल्यान्ड्स ☐ गुड हेल्थ ☐ विनुस्की ☐ एसेक्स

बिरामीको विवरण कृपया कालो वा निलो मसीले पूरा फारम भर्नुहोस्				
थर	नाम	बिचको नाम	उपनाम/छोटो गरिएको नाम	
स्ट्रीट ठेगाना	सहर	प्रान्त	जिप	
सामाजिक सुरक्षा #	जन्म मिति	घरको फोन नं	दिवा फोन नं	मोबाइल फोन नं
इमेल ठेगाना	सम्पर्क गर्न रुचाइएको विधि <input type="checkbox"/> फोन <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> पाठ सन्देश			
वैवाहिक अवस्था <input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> छुट्टिएको <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> विधवा <input type="checkbox"/> सम्बन्धविच्छेद भएको <input type="checkbox"/> नागरिक सम्बन्ध	नशु <input type="checkbox"/> अफ्रिकी-अमेरिकी <input type="checkbox"/> एसियाली-अमेरिकी <input type="checkbox"/> ककेसियन/स्वेत	<input type="checkbox"/> आदिवासी अमेरिकी <input type="checkbox"/> प्रशान्त द्वीपवासी <input type="checkbox"/> बहुनशुलीय	यदि प्रमुख भाषा अङ्ग्रेजी होइन भने: _____ तपाईंलाई दोभासे सेवा चाहिन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन जनजातीयता/जनाजाति मूल: <input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक <input type="checkbox"/> गैर-हिस्प्यानिक	
प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सक	कृषिकर्मी <input type="checkbox"/> प्रवासी <input type="checkbox"/> मौसमी श्रमिक	के तपाईं अमेरिकी भूपू सैनिक हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	पारिवारिक वित्तीय विवरण संघीय अनुदान प्राप्त गर्ने स्वास्थ्य केन्द्र भएको नाताले, हामीले यो जानकारी सङ्कलन गर्नु आवश्यक छ । सबै उत्तरहरू गोप्य रहने छन् । परिवार/घरधुरी सदस्यहरूको संख्या: _____ घरायसी आमदानी: \$ _____ <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> वार्षिक <input type="checkbox"/> पाक्षिक <input type="checkbox"/> मासिक	
कानुनी लिङ्ग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	हालको लिङ्ग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	लैङ्गिक पहिचान <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्तरलिङ्गी पुरुष (महिलाबाट पुरुष/FTM) <input type="checkbox"/> अन्तरलिङ्गी महिला (पुरुषबाट महिला/MTF) <input type="checkbox"/> जेन्डरविक्रय <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> खुलासा गर्न नचाहेको	यौन अभिमुखीकरण <input type="checkbox"/> स्ट्रेट वा हेटरोसेक्सुअल <input type="checkbox"/> लेस्बियन, समलिङ्गी वा समलैङ्गिक <input type="checkbox"/> बाइसेक्सुअल/उभयलिङ्गी <input type="checkbox"/> अन्य केही <input type="checkbox"/> थाहा छैन <input type="checkbox"/> खुलासा गर्न नचाहेको	
सर्वनाम (वैकल्पिक): _____				
आवासीय स्थिति यदि बेघर हुनुहुन्छ भने, के तपाईं: <input type="checkbox"/> डबलिङ अप (अरूसँग बस्ने)	के तपाईं बेघर हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> आश्रय <input type="checkbox"/> स्ट्रीट <input type="checkbox"/> सङ्क्रमणकालीन <input type="checkbox"/> अज्ञात			
रुचाइएको फार्मसी				
फार्मसीको नाम		फार्मसीको ठेगाना		
आपत्कालीन सम्पर्क				
नाम	नाता	फोन नम्बर		
जिम्मेवार पक्षको जानकारी (18 वर्षभन्दा कम उमेरका कुनै पनि बिरामीको जिम्मेवार पक्ष हुनुपर्दछ)				
<input type="checkbox"/> बिरामी (18 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको) <input type="checkbox"/> संरक्षक अभिभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक (उपचारका लागि कानुनी हैसियतको प्रमाण चाहिने)				
थर	नाम	बिचको नाम		
स्ट्रीट ठेगाना	सहर	प्रान्त	जिप	
जन्म मिति	घरको फोन नं			
दन्त बीमा सम्बन्धी विवरण		स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी विवरण		
<input type="checkbox"/> हाल मेरो दन्त बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> हाल मेरो दन्त बीमा गरेको छैन <input type="checkbox"/> म स्लाइडिङ-फि स्केलका लागि आवेदन गर्न चाहन्छु दन्त बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____ <input type="checkbox"/> हाल मेरो सहायक दन्त बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) दन्त बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____		<input type="checkbox"/> हाल मेरो स्वास्थ्य बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> हाल मेरो स्वास्थ्य बीमा गरेको छैन <input type="checkbox"/> म स्लाइडिङ-फि स्केलका लागि आवेदन गर्न चाहन्छु स्वास्थ्य बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____ <input type="checkbox"/> हाल मेरो सहायक स्वास्थ्य बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) स्वास्थ्य बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____		



PATIENT REGISTRATION FORM

Verified By: _____

DATE REC/ENTERED: ____/____/____

STAFF INITIALS: _____

APPOINTMENT TYPE/STAFF USE ONLY ☐ MEDICAL ☐ DENTAL

☐ Riverside ☐ Safe Harbor ☐ Pearl Street ☐ South End ☐ Champlain Islands ☐ Good Health ☐ Winooski ☐ Essex

PATIENT INFORMATION PLEASE COMPLETE (Fill out) entire form in Black or Blue Pen Only

LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE INITIAL	NICKNAME/CHOSEN NAME
STREET ADDRESS		CITY		STATE	ZIP
SOCIAL SECURITY #	DATE OF BIRTH	HOME PHONE	DAY PHONE	CELL PHONE	
EMAIL ADDRESS			PREFERRED CONTACT METHOD <input type="checkbox"/> PHONE <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TEXT MESSAGE		
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Civil Union		RACE <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Asian-American <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Multi-racial		Primary Language if Not English: _____ Do You Need Interpreter Services? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Ethnicity/Ethnic Origin: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic	
Primary Care Physician		AGRICULTURAL WORKER <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal		Are You a U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
LEGAL SEX <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	CURRENT GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	GENDER IDENTITY <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM) <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		SEXUAL ORIENTATION <input type="checkbox"/> STRAIGHT or HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIAN, GAY or HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> SOMETHING ELSE <input type="checkbox"/> DON'T KNOW <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE	
PRONOUNS (Optional): _____		FAMILY FINANCIAL INFORMATION As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential. Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Monthly			
HOUSING STATUS Are You Homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If homeless, are you: <input type="checkbox"/> Doubling Up (living with others) <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Transitional <input type="checkbox"/> Unknown					

PREFERRED PHARMACY

PHARMACY NAME _____ PHARMACY LOCATION _____

EMERGENCY CONTACT

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE NUMBER _____

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Any patient under 18 must have a responsible party)

☐ Patient (18 years or older) ☐ Custodial Parent ☐ Guardian (proof of legal status required for treatment)

LAST NAME		FIRST NAME		MI
STREET ADDRESS		CITY		STATE ZIP
DATE OF BIRTH		HOME PHONE		

DENTAL INSURANCE INFORMATION

- ☐ I currently have DENTAL insurance (see below)
☐ I currently DO NOT have DENTAL insurance
☐ I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE

Dental Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

- ☐ I currently have secondary DENTAL insurance (see below)

Dental Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

- ☐ I currently have MEDICAL insurance (see below)
☐ I currently DO NOT have MEDICAL insurance
☐ I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE

Medical Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

- ☐ I currently have secondary MEDICAL insurance (see below)

Medical Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

उपचारका लागि सहमति र स्वास्थ्य विवरण खुलासा गर्ने सहमति

अ. उपचारका लागि सहमति

म यसैसाथ बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (CHC) लाई मेरो वा नाम उल्लेख गरिएका बिरामी (जसको म आमाबाबु वा कानुनी संरक्षक हुँ, जोसँग नाम उल्लेख गरिएका बिरामीका लागि उपचार गर्नका लागि सहमति प्रदान गर्ने अधिकार छ) को उपचारका लागि सहमति प्रदान गर्दछु। उपचारमा स्वास्थ्य स्क्रिनिङ, निदान, चिकित्सा उपचार, दन्त चिकित्सा, सामाजिक सेवा, मानसिक स्वास्थ्य वा लागु औषध तथा मादक पदार्थ स्क्रिनिङ, मूल्याङ्कन, निदान र उपचार र मनोचिकित्सा सेवाहरू पर्न सक्छन्।

आ. स्वास्थ्य विवरण खुलासा गर्ने सहमति:

म CHC द्वारा निम्न प्रयोजनका लागि मेरो (वा नाम उल्लेख भएको बिरामी जसको म आमाबाबु वा कानुनी अभिभावक हुँ) को मेडिकल, दन्त, लागु पदार्थ तथा मदिरा, मानसिक स्वास्थ्य, मनोचिकित्सा र अन्य उपचार तथा स्वास्थ्य सम्बन्धी रेकर्डहरू ("स्वास्थ्य विवरण") CHC भित्र वा CHC बाहिरका व्यक्ति वा संस्थालाई खुलासा गर्न सहमति प्रदान गर्दछु:

क. उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्यसेवा सञ्चालनको प्रयोजनका लागि CHC द्वारा वा CHC का लागि स्वास्थ्य विवरणको प्रयोग:

- CHC कर्मचारीद्वारा उपचार गर्ने।
- वित्तीय वा गुणस्तर लेखा परीक्षण र/वा प्रशिक्षण लगायत CHC को स्वास्थ्यसेवा सञ्चालन।
- तपाईंको बिमा कम्पनीलाई सिधै बिल गर्ने
- CHC द्वारा प्रदान गरिएको सेवाहरूका लागि भुक्तानी। CHC लाई स्वास्थ्यसेवाका लागि भुक्तानी असुली गर्न अनुमति छ र यसले मेरो वा CHC सँग भएका फाइलमा अद्यावधि गरिएका बिमा सम्बन्धी अन्य सूचनामा पहिचान गरिए बमोजिमका स्वास्थ्य सेवाका लागि भुक्तानी गर्ने बिमा कम्पनी, कामदार क्षतिपूर्ति बीमक तथा अन्य एजेन्सीहरूलाई स्वास्थ्य रेकर्डहरू प्रदान गर्न सक्ने छ।

ख. उपचारको प्रयोजनका लागि CHC बाहिरका व्यक्ति वा संस्थालाई स्वास्थ्य विवरणको खुलासा:

- CHC लाई तपाईंको स्याहारमा भाग लिने अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा एजेन्सीहरूलाई सबै स्वास्थ्य विवरण उपलब्ध गराउने अधिकार छ। यसमा बाहिरी संस्थाहरूबाट प्राप्त विगतका मेडिकल रेकर्डहरू पनि पर्दछन्। (तपाईंले आफ्नो मेडिकल रेकर्ड विवरणमा पहुँच प्राप्त गर्नु भन्ने चाहनुहुने सबै परिवार, साथीसङ्गी वा अन्य व्यक्तिहरूका लागि विवरण खुलाउने अनुमति पेश गर्नुपर्ने हुन्छ।)

इ. लाभको असाइनमेन्ट

म CHC लाई मलाई प्रदान गरिएका सेवाहरू वापतको रकम सिधै मेडिकल/मेडिकेयर वा कुनै अन्य बिमकलाई बिल पठाउन र उनीहरूबाट भुक्तानी प्राप्त गर्न अनुमति प्रदान गर्दछु।

म यसैसाथ CHC बाट प्राप्त स्वास्थ्यसेवावापत मेडिकल, मेडिकेयर वा कुनै पनि स्वास्थ्य बिमा पोलिसीबाट प्राप्त हुने सबै भुक्तानीहरू CHC लाई असाइन गर्दछु।

मैले CHC मा प्राप्त गरेको स्वास्थ्यसेवावापतको भुक्तानी हुन बाँकी कुनै पनि रकमका लागि म नै उत्तरदायी हुने कुरा पनि स्वीकार गर्दछु।

मलाई जानकारी भएसम्म, मैले प्रदान गरेको जनसांख्यिकीय विवरण साँचो र सही छ भन्ने मैले बुझ्नेछु।

Consent for Treatment and Consent to Release Health Information

I. Consent for Treatment

I hereby give my consent for treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent or legal guardian who has the right to consent to treatment for the named patient) to the Community Health Centers (CHC). Treatment may include health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

II. Consent to release health information:

I consent to the use within CHC and the disclosure to persons or organizations outside of CHC of my (or of the named patient for whom I am the parent or legal guardian) medical, dental, drug and alcohol, mental health, psychiatry and other treatment and health records ("health information") by CHC for the following purposes:

A. Use of health information by or for CHC for treatment, payment, and health care operations:

- Providing treatment by CHC staff.
- Conducting health care operations, including financial or quality assurance audits and/ or training.
- Bill your insurance company directly
- Payment for services provided by CHC. CHC is authorized to obtain payment for health care services and can provide health records to insurance companies, workers compensation insurers or other agencies that pay for health services, or other updated insurance information on file with CHC.

B. Disclosure of health information to persons or organizations outside of CHC for treatment purposes:

- CHC is authorized to provide all health information to other health providers or agencies who participate in your care. This includes past medical records from outside organizations. (An Individual release of information must be submitted for all family, friends, or other persons that you wish to access your Medical Record information.)

III. Assignment of Benefits

I authorize CHC to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or any other insurance carrier for services provided to me.

I hereby assign to CHC all payments from Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, rendered to me by CHC.

I understand I am responsible for any unpaid balances incurred because of my care at CHC.

I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

A copy of the CHC payment expectations is available per your request.

CHC भुक्तानी अपेक्षाहरूको प्रतिलिपि तपाईंको अनुरोधमा उपलब्ध हुन्छ ।

ई. यस सहमतिको समाप्ति र सीमाहरू:

क. मलाई कुनै पनि बेला यो सहमति लिखित रूपमा रद्द गर्ने अधिकार छ, यो सहमति लिखित रूपमा रद्द गर्नाले मैले रद्द गर्नुभन्दा अगाडी यस सहमतिको आधारमा CHC द्वारा गरिएका कुनै पनि कार्यलाई प्रभाव पार्ने छैन भन्ने कुरा मैले बुझेको छु । यदि पहिले नै रद्द गरिएको छैन भने, यो सहमति निम्न मितिमा समाप्त हुने छ: _____ । यदि कुनै मिति उल्लेख गरिएको छैन भने, यो सहमति मैले लिएको सेवाको अन्तिम मितिदेखि तीन वर्षमा समाप्त हुने छ ।

ख. म बुझ्छु कि म यस सहमतिमा वर्णन गरिएका प्रयोजनहरूका लागि मेरो स्वास्थ्य विवरणको प्रयोग वा खुलासामा सीमाहरू तय गर्न अनुरोध गर्न सक्छु र CHC ले मेरो अनुरोधप्रति सहमत हुन वा नहुन सक्दछ । म के पनि बुझ्दछु भने यो सहमत भएका स्वास्थ्य विवरणको प्रयोग वा खुलासामा हुने सीमाहरूमा बाहेक, CHC ले यो हस्ताक्षर गरिएको सहमतिविना म (वा नाम उल्लेख गरिएको बिरामी) लाई सेवाहरू प्रदान गर्न सक्ने छैन ।

ग. मैले उपचारका लागि सहमति र स्वास्थ्य विवरण खुलासाको सहमति पढेको छु र मैले बुझ्ने जानाजान यसको विषयवस्तु प्रति सहमति जनाउँछु ।

मैले यो उपचारका लागि सहमति र स्वास्थ्य विवरण खुलासा गर्न सहमति फाराममा हस्ताक्षर गर्नु अघि मलाई भाषिक पहुँच सेवाहरू प्रस्ताव गरिएको थियो भन्ने कुरा पुष्टि गर्दछु ।

अनिवार्य

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____
 बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
 आमाबाबु/अभिभावक: _____
 आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

IV. Termination and restrictions of this consent:

- A. I understand that I have the right to cancel this consent at any time in writing, cancelling this consent will not affect any actions taken by CHC in reliance of this consent before it was cancelled. If not previously cancelled, this consent will end on the following date: _____. If none is indicated, this consent will end three years after the last date of services to me.
- B. I understand that I may request restrictions on the use or disclosure of my health information for the purposes described in this consent and that CHC may or may not agree to the request. I also understand that except for those restrictions on use or disclosure of health information to which it agrees, CHC will not be able to provide services to you (or the named patient) without this signed consent.
- C. I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information and I understand and knowingly consent to its content.

I confirm that language access services were provided to me before I signed this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information form. ☐

REQUIRED

Name of Patient: _____ Date of Birth _____
Patient Signature: _____ Date: _____
Parent/Guardian: _____
Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Vermont Health Information Exchange (VHIE) Opt-Out Consent Form

If you DO NOT want health care professionals involved in your care to see your general health information in the VHIE, please fill out this form.

Do you have access to the web or a smartphone? You can Opt-Out using a WebForm at www.vthie.net

Full Name (First Middle Last, Suffix)*

Date of Birth (mm/dd/yyyy)*

Physical Address (Street, Apt/Unit, City, State, Zip)*

Primary Phone Number (include area code)*

Alternate Phone Number (include area code)

Email Address (only for processing this form)

Name of Health Care Organization(s) you visit

By signing below **I choose to Opt Out** - Please **hide** my records in the VHIE to health care organizations involved in my care.

I understand that falsifying my identity or signing on behalf of an individual in which I do not have authority is against the law and a punishable offense. For more information on signature requirements please contact VITL or discuss with your health care organization.

Signature of Patient (if patient is 12 years or older)

Date

Signature of Parent or Authorized Representative

Date

- If patient is younger than 12 years old, signature of Parent or Authorized Representative is required.
- If patient is 12 or older, but not yet 18, signature of Parent or Authorized Representative is optional.

Name of Parent or Authorized Representative

Relationship to Patient

**Once complete please mail, fax, or deliver in person to VITL
Vermont Information Technology Leaders – VITL**

**Attn: VHIE Support
1 Mill Street, Suite #249
Burlington, VT 05401
Fax# 802-461-4208**

Questions? Call VITL toll free – Consent Hotline 1-888-980-1243 or www.vthie.net



- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I hereby acknowledge and accept the Notice of Privacy Practices at the Community Health Centers of Burlington.

I recognize I can view a copy of the Privacy Practice at www.chcb.org/forms/ or obtain a paper copy at any CHC location.

I understand that the Privacy Practice is in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (also known as, "HIPAA".)

Patient Name _____ Date of birth _____

Signature _____ Date _____

or

Signature of Guarantor / Personal Health Representative _____



- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

गोपनीयता अभ्यासको सूचना प्राप्तिको स्वीकारोक्ति

म यसैद्वारा बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा हुने गोपनीयता अभ्यासहरूसम्बन्धी सूचना स्वीकार गर्दछु र यसमा सहमत छु ।

म www.chcb.org/forms/ मा गोपनीयता अभ्यासको प्रति हेर्न वा कुनै पनि CHC स्थानमा कागजी प्रति प्राप्त गर्न सक्छु भन्ने कुरा बुझेको छु ।

गोपनीयता अभ्यास स्वास्थ्य बिमा वहनीयता एवम् जवाफदेहिता ऐन 1996 (जसलाई "HIPAA" भनेर पनि चिनिन्छ) बमोजिम हुने कुरा मैले बुझेको छु ।

बिरामीको नाम _____ जन्म मिति _____

हस्ताक्षर _____ मिति _____

ग्यारेन्टर / व्यक्तिगत स्वास्थ्य प्रतिनिधिको हस्ताक्षर _____ वा _____