

# स्वास्थ्य विवरण पठाउने अनुमति

मेडिकल रेकर्ड निम्न नम्बरमा फ्याक्स गर्ने: (802) 860-4313 डेन्टल रेकर्डहरू यसमा इमेल गर्ने: [dentalxrays@chcb.org](mailto:dentalxrays@chcb.org)  
यस फारमले CHC लाई तल सूचीबद्ध अधिकृत व्यक्ति वा संस्थासँग मौखिक रूपमा संवाद गर्न अनुमति दिन्छ ।

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

## खुलासा गर्नुको कारण: कृपया आफ्नो विवरण खुलासा गर्नुका कारण(हरू) छनोट गर्नुहोस्:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सेवाको समन्वय     | <input type="checkbox"/> बिरामीको प्रति                |
| <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सेवाको ट्रान्स्फर | <input type="checkbox"/> वैकल्पिक राय                  |
| <input type="checkbox"/> कानुनी प्रयोजनहरू           | <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया वर्णन गर्नुहोस्): |

## कृपया तपाईंले खुलासा गर्न चाहनुभएको सबै छनोट गर्नुहोस्:

### चिकित्सा:

- पूर्ण स्वास्थ्य रेकर्ड - यसमा CHC सँग फाइलमा रहेका बाह्य एजेन्सीहरूका विगतका मेडिकल रेकर्डहरू पर्दछन् ।  
अवधि: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ देखि \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ सम्म यदि कुनै मिति तोकिएको छैन भने, चयन गरिएका यस प्रकारका सबै रेकर्डहरू प्रदान गरिने छ ।  
 अन्य (परीक्षण नतिजाहरू, अपोइन्टमेन्टहरू, बिलिङ विवरण, आदि । कृपया वर्णन गर्नुहोस्):

### मानसिक स्वास्थ्य/मनोचिकित्सा:

- पूर्ण मानसिक स्वास्थ्य थेरापी/मनोचिकित्सा रेकर्ड  
अवधि: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ देखि \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ सम्म यदि कुनै मिति तोकिएको छैन भने, चयन गरिएका यस प्रकारका सबै रेकर्डहरू प्रदान गरिने छ ।  
 अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्):

### दन्त चिकित्सा:

- दाँतको एक्स-रे - सबै  
 अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्):

## विवरण अनुरोध गर्ने पक्ष:

ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन: \_\_\_\_\_ फ्याक्स: \_\_\_\_\_

## विवरण प्राप्त गर्ने पक्ष:

ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन: \_\_\_\_\_ फ्याक्स: \_\_\_\_\_

यो सहमति समाप्त हुने मिति वा घटना: \_\_\_\_\_

यदि मैले माथि समाप्ति मिति उल्लेख गरिँ भने, त्यस अवस्थामा यो सहमति CHC मा सेवा लिएको अन्तिम मितिदेखि एक वर्षमा समाप्त हुनेछ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु । मैले बुझेको छु कि खुलासा हुने सूचनामा मेडिकल, मनोरोग, मानसिक स्वास्थ्य, र/वा लागू पदार्थ र मादक पदार्थ सम्बन्धी रेकर्डहरू समावेश हुन सक्छ । मेरा मेडिकल रेकर्डहरू स्वास्थ्य बिमा पोर्टेबिलिटी र जवाफदेहिता ऐन 1996 ("HIPAA"), 45 खण्ड 160 र 164 अन्तर्गत सुरक्षित छन् र राज्य र संघीय नियमहरूले अन्यथा व्यवस्था गरिएको अवस्थामा बाहेक मेरो लिखित सहमति विना खुलासा गर्न सकिने छैन भन्ने म बुझेको छु । यस सहमतिको फोटोकपी वा फ्यासिमाइल मूल प्रति जतिकै मान्य हुने छ । मैले बुझेको छु कि मैले उपचार, भुक्तानी, या स्वास्थ्यसेवा सञ्चालनको प्रयोजनको लागि खुलासा गर्न सहमति प्रदान गर्न इन्कार गरिँ भने मलाई सेवा प्रदान गर्न अस्वीकार गरिन सक्छ । यदि मैले अन्य प्रयोजनका लागि खुलासा गर्न अस्वीकार गरेमा मलाई सेवाहरू अस्वीकार गरिने छैन । तपाईं बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूलाई आफ्ना रेकर्डहरू निम्न ढाँचाहरूमा खुलासा गर्न अधिकार दिनुहुन्छ: यहाँ अन्यथा निर्दिष्ट गरिएमा बाहेक मौखिक, लिखित, इलेक्ट्रोनिक ।

बिरामीको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

आमाबाबु, अभिभावक वा कानुनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने अधिकारको वर्णन गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_ सम्पर्क नम्बर: \_\_\_\_\_

म यो सहमतिलाई जुनसुकै बेला रद्द गर्न सक्छु भनी बुझ्छु । यो सहमति रद्द गर्ने मेरो निर्णयले यस सहमति अन्तर्गत पहिले जारी गरिएका रेकर्डहरूलाई असर गर्ने छैन । म यसैद्वारा यो सहमति रद्द गर्छु: \_\_\_\_\_ (मिति) । अब उप्रान्त यस सहमति अन्तर्गत कुनै पनि सूचना खुलासा नगर्नुहोस् ।  
हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

संशोधित नोभेम्बर 2023

READ ONLY



# AUTHORIZATION TO SEND HEALTH INFORMATION

Fax Medical Records to: (802) 860-4313 Email Dental Records to: [dentalxrays@chcb.org](mailto:dentalxrays@chcb.org)

This form allows CHC to verbally communicate with the authorized person or organization listed below.

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Reason for Release: Please choose the reason(s) for the release of your information:**

- Coordination of care
- Patient copy
- Transfer care
- Second opinion
- Legal purposes
- Other (please describe):

**Please choose all information you would like to have shared:**

**Medical:**

- COMPLETE HEALTH RECORD - This includes past medical records from outside agencies that CHC has on file.  
Date range: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (test results, appointments, billing information, etc. Please describe):

**Mental Health/Psychiatry:**

- Complete Mental Health Therapy/Psychiatric Record  
Date range: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (please describe):

**Dental:**

- Dental x-rays – All
- Other (please describe):

**Information REQUESTED FROM:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Information RELEASED TO:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Date or event upon which this consent will expire: \_\_\_\_\_

I understand that if I do not state a date of expiration above, then this consent will expire one year from the last date of service to me at CHC. **I understand that information released may include medical, psychiatric, mental health and/or drug and alcohol records.** I understand that my Medical Records are protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by state and federal regulations. A photocopy or facsimile of this consent is valid as is the original. I understand that I might be denied services if I refuse to consent to a disclosure for purposes of treatment, payment, or health care operations. I will not be denied services if I refuse to consent to a disclosure for other purposes. You are authorizing the Community Health Centers of Burlington to disclose your records in the following formats: verbal, written, electronic, unless otherwise specified here.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent, Guardian, or Legal Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Describe authority to sign on behalf of patient: \_\_\_\_\_ Contact number: \_\_\_\_\_

I understand that I may revoke this consent at any time. My decision to revoke this consent will not affect the records that were previously released under this consent. I hereby revoke this consent on: \_\_\_\_\_ (date). Do not release any further information under this consent.  
Signature: \_\_\_\_\_