

स्वास्थ्य जानकारी पठाउन/सञ्चार गर्न अधिकार

(802) 860-4313 मा मेडिकल रेकर्डहरू फ्याक्स गर्नुहोस् dentalxrays@chcb.org मा दन्त रेकर्डहरू इमेल गर्नुहोस्

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____
ठेगाना: _____ फोन: _____

जारी गर्नुको कारण: कृपया तपाईंको जानकारी जारी गर्नुका कारण(हरू) छात्रुहोस्:

- हेरचाहको समन्वय बिरामीको प्रतिलिपि स्थानान्तरण हेरचाह दोस्रो राय
 कानुनी उद्देश्यहरू अन्य (कृपया वर्णन गर्नुहोस्):

कृपया तपाईंले साझा गर्न चाहनुभएको सबै जानकारी छनौट गर्नुहोस्:

पूरा चार्ट:

- चिकित्सा/मानसिक स्वास्थ्य/मनोचिकित्सासहितको पूर्ण चार्ट। यसमा कानूनद्वारा अनुमति दिइएको अवस्थामा बाहेक लिखित सहमतिमा मात्र प्रयोग र खुलासा गर्न सकिने 42 CFR भाग 2 को अधीनमा रहेको कार्यक्रमबाट प्राप्त पदार्थ प्रयोग विकार उपचारसम्बन्धी रेकर्डहरूसहित CHC सँग फाइलमा रहेका बाहिरी एजेन्सीहरूबाट प्राप्त विगतका रेकर्डहरू समावेश छन्।
 तपाईं भाग 2 सुविधाबाट आफ्ना रेकर्डहरू खुलासा गर्न चाहनुहुन्न भने यहाँ जाँच गर्नुहोस्।

मिति दायरा: ____/____/____ को ____/____/____ कुनै मिति तोकिएको छैन भने यस प्रकारका सबै रेकर्ड साझा गरिने छ।

चिकित्सा:

- चिकित्सा सेवाहरूका लागि मात्र सबै नोट। यसमा CHC सँग फाइलमा रहेका बाहिरी एजेन्सीहरूबाट प्राप्त विगतका मेडिकल रेकर्डहरू समावेश छन्।
 अन्य (परीक्षण नतिजा, अपोइन्टमेन्ट, बिलिङ जानकारी, आदि) कृपया वर्णन गर्नुहोस्:

मिति दायरा: ____/____/____ को ____/____/____ कुनै मिति तोकिएको छैन भने यस प्रकारका सबै रेकर्ड साझा गरिने छ।

मानसिक स्वास्थ्य/मनोचिकित्सा:

- मानसिक स्वास्थ्य/मनोचिकित्साका लागि सबै नोट। यसमा कानूनद्वारा अनुमति दिइएको अवस्थामा बाहेक लिखित सहमतिमा मात्र प्रयोग र खुलासा गर्न सकिने 42 CFR भाग 2 को अधीनमा रहेको कार्यक्रमबाट प्राप्त पदार्थ प्रयोग विकार उपचारसम्बन्धी रेकर्डहरूसहित CHC सँग फाइलमा रहेका बाहिरी एजेन्सीहरूबाट प्राप्त विगतका रेकर्डहरू समावेश छन्।
 तपाईं भाग 2 सुविधाबाट आफ्ना रेकर्डहरू खुलासा गर्न चाहनुहुन्न भने यहाँ जाँच गर्नुहोस्।

- अन्य (कृपया वर्णन गर्नुहोस्):

मिति दायरा: ____/____/____ को ____/____/____ कुनै मिति तोकिएको छैन भने यस प्रकारका सबै रेकर्ड साझा गरिने छ।

दन्त:

- दन्त एक्स-रे

मिति दायरा: ____/____/____ को ____/____/____ कुनै मिति तोकिएको छैन भने विगत पाँच वर्षका सबै दाँतको एक्स-रे साझा गरिने छ।

- अन्य (कृपया वर्णन गर्नुहोस्):

अनुरोध गरिएको जानकारी:

नाम: _____
ठेगाना: _____

फोन: _____ फ्याक्स: _____

जारी गरिएको जानकारी:

नाम: _____
ठेगाना: _____

फोन: _____ फ्याक्स: _____

यो सहमतिको म्याद समाप्त हुने मिति:

मैले माथि म्याद समाप्त हुने मिति उल्लेख गरिन भने यो सहमति CHC मा मेरो सेवाको अन्तिम मितिबाट तीन वर्षमा समाप्त हुने छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। म जारी गरिएको जानकारीमा चिकित्सा, मनोचिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य र/वा लागूपदार्थ र मदिराको रेकर्ड समावेश हुन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छु। म मेरो मेडिकल रेकर्डहरू 1996 को स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी र एकाउन्टेबिलिटी ऐन ("HIPAA"), 45 भाग 160 र 164 अन्तर्गत सुरक्षित छन् र राज्य र संघीय नियमहरूद्वारा अन्यथा प्रदान गरिएको बाहेक मेरो लिखित सहमतिविना खुलासा गर्न सकिँदैन भन्ने कुरा बुझ्छु। यस सहमतिको फोटोकपी वा प्रतिलिपि मूल जस्तै मान्य हुने छ। उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको उद्देश्यका लागि खुलासा गर्न सहमति दिन अस्वीकार गरेमा मलाई सेवाहरूबाट वञ्चित गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। मैले अन्य उद्देश्यका लागि खुलासा गर्न सहमति दिन अस्वीकार गर्ने भने मलाई सेवाहरूबाट वञ्चित गरिने छैन। यो अधिकारपत्र पहिले नै कार्य गरिएको हदसम्म बाहेक, CHC लाई लिखित रूपमा जुनसुकै बेला रद्द गर्न सकिन्छ। तपाईं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूलाई तपाईंको रेकर्डहरू निम्न ढाँचाहरूमा खुलासा गर्न अधिकार दिँदै हुनुहुन्छ: मौखिक, लिखित, इलेक्ट्रोनिक, अन्यथा यहाँ निर्दिष्ट नगरिएसम्म।

- म निम्न उद्देश्यका लागि 42 CFR भाग 2 को अधीनमा रहेको जानकारीको प्रयोग र खुलासालाई अधिकार दिन्छु: मेरो उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि भविष्यका सबै प्रयोग र खुलासाहरूका लागि। यस अधिकारपत्रको परिणामस्वरूप जारी गरिएको जानकारी प्राप्तकर्ताद्वारा पुनः खुलासा गर्न सकिन्छ र अब HIPAA वा 42 CFR भाग 2 द्वारा सुरक्षित नहुन सक्छ। यसबाहेक, 42 CFR भाग 2 को अधीनमा रहेको जानकारी सहमति वा योग्य अदालतको आदेशविना कानुनी कार्यवाहीमा प्रयोग गर्न सकिँदैन।

बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

आमाबुवा, अभिभावक वा कानुनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने अधिकार वर्णन गर्नुहोस्: _____ सम्पर्क नम्बर: _____

म यसद्वारा यो सहमति रद्द गर्छु: _____ (मिति) हस्ताक्षर: _____ संशोधित मिति फेब्रुअरी 2026