

मौखिक सञ्चारका लागि अधिकार (मात्र)

यो फारमले अर्को व्यक्तिसँग मौखिक जानकारी साझा गर्न अनुमति दिन्छ। कुनै पनि कागजी रेकर्ड पठाइने छैन।
व्यक्तिगत प्रयोगका लागि मात्र - कृपया धेरै नाम नथप्नुहोस्।

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

ठेगाना: _____ फोन: _____

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

- हेरचाहको समन्वय कानुनी उद्देश्यहरू
 पारिवारिक संलग्नता/समर्थन

मौखिक सञ्चारको उद्देश्यका लागि म CHC लाई चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य, मनोचिकित्सा र दन्त चिकित्सासहित मेरो मेडिकल रेकर्ड खुलासा गर्न अधिकार दिन्छु।

जारी गरिएको जानकारी: _____ **फोन:** _____

मसँगको नाता: _____

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 गरें भने मलाई सेवाहरूबाट वञ्चित गरिने छैन। म कुनै पनि समयमा यो सहमति रद्द गर्न सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्छु। यो सहमति रद्द गर्ने मेरो निर्णयले यस सहमतिअन्तर्गत पहिले जारी गरिएका रेकर्डहरूलाई असर गर्ने छैन। तपाईंले बर्लेड्टनका सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूलाई तपाईंका रेकर्डहरू निम्न ढाँचाहरूमा खुलासा गर्न अधिकार दिँदै हुनुहुन्छ: मौखिक।

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: _____