



PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health), स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन (Health Information Management), Mail Code CA700, P.O. Box 850, Hershey, PA 17033-0850
☐ फोन: 717-531-8055 ☐ फ्याक्स: 717-531-5068

I. बिरामीको जानकारी:

नाम: _____
जन्म मिति: _____ चिकित्सा रेकर्ड नम्बर: _____
फोन: (____) _____ बिरामीको इमेल ठेगाना*: _____

प्रकट गरिरहेको जानकारीमा निम्न कुरा समावेश हुन सक्छ: एचआईभी/एड्स, औषधि/अल्कोहलको उपचार र मानसिक स्वास्थ्य डाटा।

अनुरोधको कारण - कृपया सबै केसहरूमा तलको ठेगानाको ठाउँलाई भर्नुहोस्:

- निरन्तर हेरचाह सहित बिरामीको आफ्नै प्रयोग गर्नका लागि
- पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health) को लागि अर्को निकायमा चिकित्सा जानकारी वा इमेजहरू पठाउनका लागि
- पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health) मा अर्को सहायताबाट यस बिरामीको चिकित्सा जानकारी वा इमेजहरू पठाउन अनुरोध गर्नका लागि
- पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health) का कर्मचारी/एजेन्टको लागि कुनै अर्को व्यक्ति वा संस्थासँग व्यक्तिगत रूपमा फोन वा अन्य सञ्चारका माध्यमबाट कुरा गर्नका लागि

म यसद्वारा अधिकार दिन्छु _____

(पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health)को अधिकार प्राप्त कर्मचारी वा एजेन्टको नाम)

खण्ड 2 मा उल्लेखित अधिकार प्राप्त व्यक्ति, एजेन्सी, संस्था वा कुनै अन्यसँग मेरो स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी (तलको विकल्प हेर्नुहोस्)मा छलफल गर्नको लागि।

- कर्मचारी/एजेन्टले मेरो बारेमा थाहा पाएका सबै चिकित्सा जानकारी।
- पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health)मा मलाई दिइएको उपचारसँग सम्बन्धित कर्मचारी/एजेन्टले थाहा पाएका सबै चिकित्सा जानकारी।
- अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्): _____

अन्य: _____
कृपया सुझाव गरिएका सारांश 1-3 (संलग्न पत्र हेर्नुहोस्)मा प्रदान गरिएका अतिरिक्त कागजातहरूको अनुरोधसँग सम्बन्धित खर्चहरू हुन सक्छन् भनी ध्यान दिनुहोस्
अनुरोध गर्नको लागि विशेष कारण: _____

तपाईंले कहाँ स्वास्थ्य सेवा पाउनुहुन्छ? लागू हुने सबै हेर्नुहोस्

पेन स्टेट हेल्थ (Penn State Health):

- Hershey Medical Center _____ St Joseph Medical Center _____
- Holy Spirit Medical Center _____ Hampden Medical Center _____ Lancaster Medical Center _____
- क्लिनिकको स्थान _____

II. ठेगानाको स्थल:

यसबाट जानकारी प्राप्त गर्नुहोस्:

सूचना प्रदान गर्नुहोस्:

(बिरामीको नाम, अधिकार प्राप्त व्यक्ति, एजेन्सी, संस्था वा अन्य)

(बिरामीको नाम, अधिकार प्राप्त व्यक्ति, एजेन्सी, संस्था वा अन्य)

स्ट्रेट ठेगाना

स्ट्रेट ठेगाना

सहर, राज्य र जिप कोड

सहर, राज्य र जिप कोड

III. फर्मेट जसमा तपाईं चिकित्सा जानकारी प्रदान गर्न वा प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ:

- कागजमा चिकित्सा रेकर्ड सीडीमा चिकित्सा रेकर्ड
- सीडीमा रेडियोलोजीका इमेजहरू इन्टरनेट मार्फत चिकित्सा रेकर्डहरू *
- Penn State Hershey Medical Center Patient Portal

* यो विकल्प रोगी वा अवयस्क(POA)/कानूनी अभिभावकको आमाबुवालाई सिधै जाने रेकर्डहरूका लागि मात्र उपलब्ध छ

IV. चिकित्सा जानकारी वा इमेजहरू अनुरोध गरिँदैछ:

कृपया बक्समा चेक गरेर र उनीहरूको सेवाका मितिहरू सूचीबद्ध गरेर अनुरोध गरिएको चिकित्सा रेकर्डको जानकारीको प्रकार(हरू) प्रदान गर्नुहोस्:

(यहाँ सेवाका मितिहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्) _____





PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

यो फारामको अगाडीपट्टी मा OOS को मोहर अनिवार्य रूपले लगाइएको हुनुपर्छ

(दुबैपट्टि भएको फारममा OOS को मोहोर अनिवार्य रूपले लगाइएको हुनुपर्छ)

सारांश 1: अन्तरंगी चिकित्सा रेकर्डहरू (2 वर्ष उमेरसम्मको):

परामर्श, उपचारात्मक परीक्षणका परिणामहरू, आपतकालीन विभाग, डिस्चार्जको सारांशहरू, विवरण र शारीरिक, औषधिको एलर्जी, औषधिको सूची, समस्याको सूची, प्रक्रियाहरू, प्याथोलोजीको रिपोर्ट, प्रयोगशालाको रिपोर्टहरू प्रदान गर्दछ

सारांश 2: बहिरंगी चिकित्सा रेकर्डहरू (2 वर्ष उमेरसम्मको):

परामर्श, उपचारात्मक परीक्षणका परिणामहरू, आपतकालीन विभाग, विवरण र शारीरिक, औषधिको एलर्जी, औषधिको सूची, समस्याको सूची, प्रक्रियाहरू, प्याथोलोजीको रिपोर्ट, बहिरंगी पत्र, बहिरंगी क्लिनिक नोटहरू, प्रयोगशालाको रिपोर्टहरू प्रदान गर्दछ।

सारांश 3: केवल उपचारात्मक परीक्षणको रेकर्ड(हरू) (2 वर्ष उमेरसम्मको):

उदाहरणका लागि, रेडियोलोजी, ईईजी, ईकेजी, कार्डियोलोजीको अध्ययन, प्याथोलोजी, पल्मोनरीको अध्ययन (परीक्षणको प्रकार र मिति उल्लेख गर्नुहोस्)

अन्य:

- डिस्चार्जको सारांश(हरू)का रिपोर्टहरू
बहिरंगी पत्र/नोटहरूका रिपोर्टहरू
विवरण र शारीरिक रिपोर्टहरू
दैनिक राम्रो भएको नोटहरूका रिपोर्टहरू
प्रयोगशालाको परिणामहरू
अपरेटिभ रिपोर्ट, कार्यविधिको रिपोर्टहरू
प्रत्यारोपण गर्ने उपकरणहरू
रेडियोलोजी इमेज(हरू)का लागि क्रम #/उत्पादनक ID # - प्रकार र मिति उल्लेख गर्नुहोस्
अन्य (कृपया कुन कागजात र सेवाहरूको मिति उल्लेख गर्नुहोस्)

कुनै पनि प्रश्न वा समस्याको लागि कृपया हामीलाई 717-531-8055 मा सम्पर्क गर्नुहोस्

V. बिरामी वा प्रतिनिधिको हस्ताक्षर:

यो सहमति कुनै पनि समयमा खारेजको विषय हो जुन हृदयसम्म खुलासा गर्ने व्यक्तिले पहिले नै यसमा निर्भर रहेर कार्यवाही गरिसकेको छ। तपाईं यो प्राधिकरण खारेज गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले निर्देशक, स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापनको ध्यानामा यस फारमको माथि दिइएको ठेगानामा लिखित रूपमा यस्तो गर्नुपर्छ। पहिले खारेज गरिएको छैन भने यो सहमति हस्ताक्षरको मितिबाट एक वर्षभित्र सकिने छ। यो फारममा हस्ताक्षर गर्न नसकेमा Penn State Health मा हेरचाह प्राप्त गर्ने तपाईंको अधिकारलाई प्रभाव पार्ने छैन। यस फारममा तपाईंको हस्ताक्षरमा न त हाम्रो उपचार न त तपाईंको भुक्तानी सर्त नै छ।

म उक्त रिपोर्टको प्रदायकलाई यहाँ उल्लेख गरिएका रिपोर्टहरू जारी गर्ने सम्बन्धमा कुनै पनि कानूनी जिम्मेवारी वा दायित्वबाट मुक्त गर्दछु।

बिरामी वा प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति/समय

बिरामी बाहेक अरु व्यक्तिले हस्ताक्षर गरेको छ भने सम्बन्ध

मौखिक रूपमा अधिकार (हस्ताक्षर गर्न नसक्ने व्यक्तिहरूका लागि)

छैन एचआईभीसँग सम्बन्धित जानकारी वा औषधि र अल्कोहलको उपचार जानकारीमा लागू हुन्छ
म साक्षी छु कि बिरामी/आमाबुवा/कानूनी अभिभावकले यस रितीजको प्रकृति बुझे र स्वतन्त्र रूपमा आफ्नो मौखिक अधिकार (दुई साक्षीहरू चाहिन्छ) दिए

साक्षी # 1

मिति/समय

साक्षी # 2

मिति/समय

यसद्वारा जारी सूचना

मिति/समय

यो अधिकार सबै आइटमहरू पूरा नहुन्जेल स्वीकार गरिने छैन।

यस कागजातले मेरो हस्ताक्षरको मितिभन्दा अघि वा 12 महिना भित्र मेरो चिकित्सा रेकर्डमा प्रविष्ट गरिएको जानकारी प्रदान गर्ने अधिकार दिन्छ

कृपया यो फारमलाई तुरुन्तै स्वास्थ्य जानकारी व्यवस्थापन @ 717-531-5068 मा फिर्ता गर्नुहोस्

जानकारी पाउने व्यक्तिको लागि नोट: यो जानकारी तपाईंलाई पेन्सिलभेनिया कानून (Pennsylvania Law) द्वारा सुरक्षित रेकर्डहरूबाट प्रकट गरिएको छ। पेन्सिलभेनिया कानून (Pennsylvania Law) ले तपाईंलाई यो सम्बन्धित व्यक्तिको लिखित सहमतिद्वारा स्पष्ट रूपमा अनुमति नदिउन्जेल यस जानकारीको थप खुलासा गर्न निषेध गर्दछ।