

१. ग्राहक/ विरामी वारे जानकारी

व्यक्ति को नाम/ अधिल्लो नाम	जन्म मिति (महिना/दिन/साल)	() दिन को समय फोन #
बाटो ठेगाना वा पीओ बक्स	शहर	राज्य जिल्ला

२. म पब्लिक हेल्थ मेडिसन एंड डेन काउन्टी (PHMDC) लाई स्वास्थ्य सेवा दिने चिकित्सक, एजेन्सी, संस्था वा व्यक्ति हरु बाट स्वास्थ्य जानकारी र मेडिकल रेकर्ड हरु प्राप्त गर्न वा स्वास्थ्य जानकारी र मेडिकल रेकर्ड हरु जारी गर्न अनुमति प्रदान गर्दै छु : स्वास्थ्य सेवा दिने चिकित्सक, एजेन्सी, संस्था, वा व्यक्ति को नाम तला सुचिबद्ध गरिए को छ।

एजेन्सी, संस्था, वा व्यक्ति को नाम तला सुचिबद्ध _____ ग्राहक/बिरामी को चिकित्सक को परिचय पत्र # (वैकल्पिक) _____

बाटो ठेगाना _____ शहर _____ राज्य _____ जिल्ला _____ फोन () _____

३. म मेरो हेरचाह र उपचारको बारेमा "माथि सूचीबद्ध स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, एजेन्सी, संस्था वा व्यक्ति, मेरो उपचार गर्ने चिकित्सक र उनी हरु का कर्मचारी हरु" र "PHMDC (वा PHMDC का अन्य प्रतिनिधि हरु), विशेष गरी मेरो पब्लिक हेल्थ नर्स" बीच स्वास्थ्य जानकारी को मौखिक आदान प्रदानको अनुमति दिदै छु _____

पब्लिक हेल्थ नर्स को नाम र फोन नम्बर _____

४. चिकित्सा जानकारी वा स्वास्थ्य सम्बन्धि विशेष समस्या जारी / प्राप्त / मौखिक रूपमा आदान प्रदान: गर्न को लागि :

५. यस अनुमति मा केहि अपवादहरू समाहित छ (रेकर्ड वा जानकारी खुलाउनुस) _____

६. उद्देश्य जस को लागि खुलासा गर्नु परी रहेको छ (लागु हुने सबै मा चिन्ह लगाउनुस)

अरु ठाउँ बाट पठाइएको चलि रहेको उपचार र हेरचाह असक्षमता निर्धारण कानूनी अनुसन्धान अन्य _____

७. खुलासा हरु गर्न को लागि विशेष अनुमति चाहिन्छ : तला मेरो हस्ताक्षर ले विशेष गरि निम्न प्रकार का परिक्षण, निदान र उपचारसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्ने अधिकार दिन्छ:

मानसिक स्वास्थ्य बढ्दो असक्षमता रक्सी र/वा लागूपदार्थ दुरुपयोग एचआईभी र एड्स (HIV & AIDS)

८. म्याद समाप्त हुने मिति : यो अनुमति एक वर्षको लागि मान्य छ, अन्यथा उल्लेख नगरेसम्म, र हस्ताक्षरको मिति, वैकल्पिक मिति, वा घटना पछि सिर्जना गरिएका भविष्यका अभिलेखहरूमा विस्तार हुन्छ, जबसम्म यस्तो उपचार र सेवाहरू भई रहन्छ यो प्राधिकार अझै प्रभावकारी रहन्छ।

वैकल्पिक मिति/घटना एक वर्ष होइन भने : _____ वा _____
मिति (महिना/दिन/साल) _____ घटना _____

९. के यो अनुमति कागज रेकर्ड हरु को लागि हो ? हो होइन

१०. कागज मा भए को मेडिकल रेकर्डहरू PHMDC लाई जारी गर्न, फ्याक्स / रेकर्डहरू पठाउन को लागि : (कृपया तलको स्थान चयन गर्नुहोस्)

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858

ग्राहक/बिरामीको हस्ताक्षर _____ मिति (महिना/दिन/वर्ष) _____

* नाबालिग को अभिभावकको हस्ताक्षर, संरक्षक वा अधिकृत एजेन्ट। _____ मिति (महिना/दिन/वर्ष) _____

कृपया आफ्नो अधिकारको वर्णन गर्नुहोस् _____

* यदि नाबालिगको अभिभावक द्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ भने, म यस द्वारा घोषणा गर्दछु कि, मलाई यो बच्चा शारीरिक रूप ले राख्नु वा रेकर्ड हेर्न का लागि अस्वीकार गरिएको छैन। यदि तपाईं एक अभिभावक हो भने, कृपया हालको अभिभावकत्व पत्रहरूको प्रतिलिपि उपलब्ध गर्नुहोस्। यदि पावर अफ अटर्नी अन्तर्गत एजेन्ट द्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ भने, कृपया पावर अफ अटर्नी र अक्षमता को बयानको प्रतिलिपि उपलब्ध गर्नुहोस्।

थप जानकारी सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को प्रयोग र खुलासा बारे

हिपा (HIPPA) गोपनीयता नियमानुसार आवश्यक रूप ले पब्लिक हेल्थ मेडिसिन एंड डेन काउन्टी (PHMDC) सुनिश्चित गर छ कि तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी गोप्य राखे को छ र कसैलाई खुलासा गरिएको छैन वा तपाईंको सहमति बिना, वा विशेष गरी कानून द्वारा अनुमति नभएसम्म कसैले प्रयोग गर्दैन।

हस्ताक्षर गर्न कुनै बाध्यता छैन : तपाईं यो फारममा हस्ताक्षर गर्न बाध्य हुनुहुन्न र तपाईंले त्यसो गर्न अस्वीकार गर्न सक्नुहुन्छ। उचित उपचार सुनिश्चित गर्न अनुरोध गरिएको जानकारी आवश्यक नभएसम्म, यदि तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्नुभयो भने PHMDC ले तपाईंलाई उपचार वा अन्य स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्न अस्वीकार गर्ने छैन।

खारेज : तपाईं संग यो प्राधिकार समाप्त हुनु अघि कुनै पनि समयमा लिखित रूपम रद्द गर्ने अधिकार छ। यद्यपि, तपाईंको लिखित खारेजी ले तपाईंको चिकित्सा जानकारी को कुनै खुलासा लाई असर गर्दैन, तपाईं ले यसलाई खारेज गर्नु भन्दा अघि, यस प्राधिकार मा भर पर्दै, फारम को पछिलो पाना मा व्यक्ति, संस्था वा एजेन्सी सूचीबद्ध गरिसकेको छ।

निरीक्षण र प्रतिलिपि को अधिकार : तपाईं सँग हामीले राखे का तपाईंको मेडिकल रेकर्डहरू मा तोकिएको विवरण को निरीक्षण र प्रतिलिपि, इलेक्ट्रोनिक रूप सहित प्राप्त गर्न अधिकार छ। यदि तपाईं थप चिकित्सा हेरचाहको लागि स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्न अनुरोध गर्नुहुन्छ भने, कुनै शुल्क लाग्ने छैन। हामीले अन्य उद्देश्यका लागि प्रतिलिपि र हुलाक बाट पठाउन उचित लागत शुल्क लिन सक्छौं।

म्याद समाप्ति : यो प्राधिकार फारम मा तोकिए को मिति वा यस मा संकेत गरिएको काम पछि समाप्त हुनेछ

सूचना को पुनः खुलासा: यस प्राधिकार बमोजिम खुलासा गरिएको जानकारी संघीय गोपनीयता कानून हरु द्वारा सुरक्षित छैन साथै यो जानकारी प्राप्त गर्ने संस्थाहरूलाई कानूनले त्यस्तो जानकारी गोप्य राख्न आवश्यक छैन भन्ने हदसम्म।

हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार को परिणाम : यदि तपाईंले यो प्राधिकार मा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्नुभयो भने हामी तपाईंलाई सेवाहरू दिनु अस्वीकार गर्ने छैनौं, तर तपाईंको बारेमा आवश्यक जानकारी पहुँच बिना हामीले तपाईं लाई प्रदान गर्न सक्ने सेवाहरू सीमित हुन सक्छौं।

हस्ताक्षर : यदि तपाईं १८ वर्ष वा माथिको हुनुहुन्छ भने, तपाईं एक मात्र व्यक्ति हो जसले तपाईं को चिकित्सा जानकारी जारी वा खुलासा को धिकार दीन यो फारम मा हस्ताक्षर गर्न सक्नु हुन्छ। यदि तपाईं १८ वर्ष भन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ भने, तपाईंको आमाबाबा वा अभिभावकले तपाईंको लागि यो फारममा हस्ताक्षर अवश्य गर्नुपर्छ; यद्यपि, त्यस्ता धेरै परिस्थितिहरू छन् जसमा यो मान्य नियम लागू हुँदैन। थप जानकारी को लागि यस प्राधिकार फारम मा हस्ताक्षर गर्न कसलाई अधिकार दिइएको छ भन्ने बारे मा, PHMDC गोपनीयता कार्यालय मा सम्पर्क गर्नुहोस्

प्रतिलिपि को अधिकार : हस्ताक्षर गरि सके पछि तपाईं सँग यो औपचारिक स्वीकृति को प्रतिलिपि पाउन अधिकार छ।

हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्: हिपा (HIPPA) गोपनीयता नियम र अन्य संघीय र राज्य कानून अन्तर्गत तपाईंको अधिकार हरू बारे थप जानकारीको लागि, गोपनीयता अभ्यासहरूको पी एच एम डी सी (PHMDC) सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न, औपचारिक स्वीकृति रद्द गर्न, वा उजुरी दर्ता गर्न, कृपया PHMDC गोपनीयता अधिकारी लाई तला दिए को ठेगाना मा सम्पर्क गर्नुहोस्:

गोपनीयता अधिकारी
पब्लिक हेल्थ मेडिसिन र डेन काउन्टी
२१० मार्टिन लुथर किङ्ग ब्लुवार्ड, रूम ५०७
मेडिसन WI ५३७०३
फोन : (६०८)२६६-४८२१; फ्याक्स : (६०८) २६६-४८५८;
ई-मेल गर्नुस health@publichealth.com

तपाईंले हाम्रो गोपनीयता अभ्यास हरूको सूचनाको प्रतिलिपि को लागि PHMDC गोपनीयता अधिकारी लाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ वा हाम्रो वेबसाइटमा जानुहोस्।

<http://www.publichealthmdc.com/about>