



PATIENT NAME: _____

DOB: _____

MRN #: _____

OR MUST PLACE FIN LABEL HERE

PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Penn State Health, 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: _____
जन्ममिति: _____ मेडिकल रेकर्ड सङ्ख्या: _____
फोन: (____) _____ बिरामीको इमेल ठेगाना: _____

अनुरोध गर्ने कारण - कृपया सबै अवस्थामा तल दिइएको ठेगाना भएको ठाउँ भर्नुहोस्:

- निरन्तर हेरचाहसहित, बिरामीको आफ्नै प्रयोगका लागि
Penn State Health का लागि कुनै अन्य निकायमा मेडिकल जानकारी वा चित्रहरू पठाउनका लागि
यस बिरामीको मेडिकल जानकारी वा चित्रहरू कुनै अन्य निकायबाट Penn State Health मा पठाउन अनुरोध गर्नका लागि
Penn State Health का कर्मचारी/एजेन्टले कुनै अन्य व्यक्ति वा संस्थसँग व्यक्तिगत रूपमा, फोन वा अन्य सञ्चार माध्यमले कुरा गर्नका लागि

म निम्न कुराले अधिकार दिन्छु

(Penn State Health का अधिकार प्राप्त कर्मचारी, एजेन्ट वा कार्य इकाईको नाम)

अधिकारप्राप्त व्यक्ति, एजेन्सी, संस्था वा अन्य व्यक्तिसँग मेरो स्वास्थ्य सेवाको जानकारी (तलको विकल्प हेर्नुहोस्)
संस्था वा खण्ड II मा उल्लेखित अन्य।

- मेरो बारेमा कर्मचारी/एजेन्टले थाहा पाएका सबै मेडिकल जानकारी।
Penn State Health मा मलाई उपलब्ध गराइएका उपचारसँग सम्बन्धित कर्मचारी/एजेन्टले थाहा पाएका सबै मेडिकल जानकारी।
अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस्): _____

अन्य: _____

कृपया सुझाव गरिएका सार 1-3 मा उपलब्ध गराइएका अतिरिक्त कागजातहरूका लागि अनुरोधहरूसँग सम्बन्धित खर्चहरूभन्दा धेरै हुन सक्छन् भन्ने कुरामा ध्यान दिनुहोस्
अनुरोधका लागि विशेष कारण: _____

कृपया यस खुलासा पत्रमा समावेश गर्न चाहनुभएको कुनै पनि विशेष जानकारी तलको बक्सहरूबाट रोचुहोस्:

- व्यवहारिक/मानसिक स्वास्थ्य लागूपदार्थ/मादक लागूपदार्थको प्रयोग/उपचार एचआईभी/एड्स
यौन सम्पर्कबाट सर्ने सङ्क्रमणहरू (Sexually Transmitted Infections, STI)

तपाईंले स्वास्थ्य सेवा कहाँ पाउनुभयो? कृपया लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्।

Penn State Health:

- Hershey Medical Center St Joseph Medical Center Pennsylvania Psychiatric Institute
Holy Spirit Medical Center Hampden Medical Center Lancaster Medical Center
Life Lion, LLC क्लिनिकको स्थान _____

II. ठेगाना क्षेत्र:

निम्नबाट जानकारी लिनुहोस्:

निम्नमा जानकारी खुलासा गर्नुहोस्:

(बिरामीको नाम, अधिकारप्राप्त व्यक्ति, एजेन्सी, संस्था वा अन्य)

(बिरामीको नाम, अधिकारप्राप्त व्यक्ति, एजेन्सी, संस्था वा अन्य)

स्ट्रिट ठेगाना

स्ट्रिट ठेगाना

सिटी, राज्य, जिप

सिटी, राज्य, जिप

III. तपाईंले मेडिकल जानकारी जारी गर्न वा प्राप्त गर्न चाहनुहुने ढाँचा:

- PSH बिरामीको पोर्टल कागजातमा भएको मेडिकल रेकर्ड CD मा भएको मेडिकल रेकर्ड अन्य
CD मा रेडियोलोजी तस्बिरहरू सुरक्षित इमेल वा OneDrive मार्फत मेडिकल रेकर्डहरू इन्क्रिप्टेड USB मा फोटोफाइन्डर तस्बिरहरू

IV. मेडिकल जानकारी वा चित्रहरू मार्गिदै छ:

कृपया बाकसमा चिन्ह लगाएर र तलको सेवाका तिनीहरूका मितिहरू सूचीबद्ध गरेर अनुरोध गरिएका मेडिकल रेकर्डहरूका जानकारीका प्रकार(हरू) उपलब्ध गराउनुहोस्:

(यहाँ सेवाको मितिहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्)





PATIENT NAME: _____

DOB: _____ MRN #: _____

OR MUST PLACE FIN LABEL HERE

PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

सार 1: अन्तरङ्ग मेडिकल रेकर्डहरू (2 वर्षसम्म पुरानो):

परामर्श, निदान परीक्षणका परिणामहरू, आपतकालीन विभाग र डिस्चार्जका सारांशहरू, इतिहास र शारीरिक, औषधिको एलर्जी, औषधिको सूची, समस्याको सूची, प्रक्रियाहरू, रोगविज्ञानको रिपोर्ट, प्रयोगशालाका रिपोर्टहरू उपलब्ध गराउँछ

सार 2: बहिरङ्ग मेडिकल रेकर्डहरू (2 वर्षसम्म पुरानो):

परामर्श, निदान परीक्षणका परिणामहरू, आपतकालीन विभाग, इतिहास र शारीरिक, औषधिको एलर्जी, औषधिको सूची, समस्याको सूची, प्रक्रियाहरू, रोगविज्ञानको रिपोर्ट, बहिरङ्गसम्बन्धि पत्र, बहिरङ्गसम्बन्धि क्लिनिकका नोटहरू, प्रयोगशालाका रिपोर्टहरू उपलब्ध गराउँछ।

सार 3: नैदानिक परीक्षणका नतिजा(हरू) मात्र (2 वर्षसम्म पुरानो):

उदाहरणका लागि, रेडियोलोजी, EEG, EKG, कार्डियोलोजी अध्ययन, प्याथोलोजी, पल्मोनरी अध्ययन (परीक्षणको प्रकार र मिति निर्दिष्ट गर्नुहोस्) _____

अन्य:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> डिस्चार्जको सारांश(हरू)का रिपोर्टहरू | <input type="checkbox"/> बहिरङ्ग पत्रहरू/टिप्पणीका रिपोर्टहरू |
| <input type="checkbox"/> इतिहास र शारीरिक रिपोर्टहरू | <input type="checkbox"/> दैनिक प्रगति टिपोटहरूका रिपोर्टहरू |
| <input type="checkbox"/> प्रयोगशालाका रिपोर्टहरू | <input type="checkbox"/> सञ्चालनका रिपोर्ट, प्रक्रियाका रिपोर्टहरू |
| <input type="checkbox"/> क्रम #/उत्पादन ID # प्रत्यारोपण गरिएका उपकरणहरूका लागि | <input type="checkbox"/> रेडियोलोजी तस्वीर(हरू) प्रकार र मिति तोक्नुहोस् |
| <input type="checkbox"/> फोटोफाइन्डर तस्वीरहरू | |
| <input type="checkbox"/> अन्य (कृपया कागजात र सेवाहरूको मिति तोक्नुहोस्) | _____ |

2 वर्ष सम्मका व्यवहार/मानसिक स्वास्थ्य अभिलेखहरू: मनोचिकित्सक मूल्याङ्कन डिस्चार्ज संक्षेप अन्य: _____

कृपया कुनै पनि प्रश्न वा चासोहरूका लागि 717-531-8055 मा स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापन (Health Information Management, HIM) लाई सम्पर्क गर्नुहोस्

V. बिरामी वा प्रतिनिधिको हस्ताक्षर:

यस सहमतिलाई खुलासा गर्ने व्यक्तिले पहिले नै त्यसको भरमा कारबाही गरिसकेको हदसम्म बाहेक कुनै पनि समयमा खारेज गर्न सकिन्छ। तपाईं यो प्राधिकरण रद्द गर्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले यस फारामको शीर्षमा रहेको ठेगानामा लिखित रूपमा, निर्देशक, स्वास्थ्य सूचना व्यवस्थापनको ध्यानाकर्षण गर्नुपर्दछ। पहिले रद्द गरिएको छैन भने यो सहमति हस्ताक्षरको मितिबाट एक वर्षमा समाप्त हुने छ। यो फाराममा हस्ताक्षर गर्न असफल भएमा Penn State Health मा हेरचाह प्राप्त गर्ने तपाईंको अधिकारलाई असर गर्ने छैन। यस फाराममा तपाईंको हस्ताक्षर हुँदा हाम्रो उपचार पाउने वा तपाईंले भुक्तानी गर्नु पर्ने भन्ने सतर्क भएको मानिँदैन।

म यहाँ उल्लेखित रेकर्डहरू खुलासा गर्ने सम्बन्धमा उक्त रेकर्डको प्रदायकलाई कुनै पनि कानूनी जिम्मेवारी वा दायित्वबाट मुक्त गर्दछु।

_____ बिरामी वा प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

_____ मिति/समय

_____ बिरामीभन्दा अन्य व्यक्तिले हस्ताक्षर गर्नुभएको छ भने, नाता

बिरामी वा अन्य समेटिएको संस्थालाई जानकारीलाई जारी गर्नका लागि मौखिक सहमति प्राप्त भएको थियो।

HIV सँग सम्बन्धित जानकारी वा लागूपदार्थ र मादक पदार्थको उपचारसम्बन्धी जानकारी लागू हुँदैन

म बिरामी/अभिभावक/कानूनी अभिभावकले यस खुलासाको प्रकृति बुझेका छन् र स्वतन्त्र रूपमा उनीहरूको मौखिक अधिकार (दुई साक्षीहरू आवश्यक) दिएका छन् भनेर साक्षी दिन्छु

_____ साक्षी # 1

_____ मिति/समय

_____ साक्षी # 2

_____ मिति/समय

_____ द्वारा जारी गरेको जानकारी

_____ मिति/समय

सबै कुराहरू पूरा नहुन्जेल यो अधिकारलाई स्वीकार गरिने छैन।

यस कागजातले मेरो हस्ताक्षरको मितिभन्दा अघि वा सोभन्दा 12 महिनाभित्र मेरो मेडिकल रेकर्डमा प्रविष्ट गरिएको जानकारी खुलासा गर्ने अधिकार दिन्छ।

कृपया यस फारामलाई तुरुन्तै स्वास्थ्य जानकारी व्यवस्थापन @ 717-531-5068 मा फिर्ता गर्नुहोस्

जानकारी पाउने व्यक्तिलाई ध्यान दिनुहोस्: यस जानकारीलाई Pennsylvania कानूनद्वारा सुरक्षित रेकर्डहरूबाट तपाईंलाई खुलासा गरिएको छ। Pennsylvania कानूनले तपाईंलाई सम्बन्धित व्यक्तिले लिखित सहमतिद्वारा स्पष्ट रूपमा अनुमति निउन्जेल यो जानकारीको थप खुलासा गर्न निषेध गर्दछ।