



जानकारीको खुलासाका लागि चिकित्सा अभिलेख
मञ्जुरीनामा
(MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION
FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)
Nepali

<input type="checkbox"/> Clinic	<input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy	<input type="checkbox"/> Good Samaritan	<input type="checkbox"/> Home Care/Hospice
<input type="checkbox"/> Home Care Pharmacy	<input type="checkbox"/> Immanuel	<input type="checkbox"/> Immanuel Fontenelle Home	<input type="checkbox"/> Lakeside
<input type="checkbox"/> Mercy Corning	<input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs	<input type="checkbox"/> Midlands	<input type="checkbox"/> Missouri Valley
<input type="checkbox"/> Nebraska Heart	<input type="checkbox"/> Plainview	<input type="checkbox"/> Richard Young	<input type="checkbox"/> Schuyler
<input type="checkbox"/> St. Elizabeth	<input type="checkbox"/> St. Francis	<input type="checkbox"/> St. Mary's	<input type="checkbox"/> The Lighthouse
<input type="checkbox"/> The Physician Network	<input type="checkbox"/> Other _____		

म यसैमार्फत यसमा माथि चिह्न लगाएका सुविधा (हरू)लाई निम्नलिखित अभिलेखको जानकारी खुलासा गर्न मञ्जुरी दिन्छु:

स्वास्थ्य-सेवा लिने व्यक्तिको नाम (Patient Name)	स्वास्थ्य-सेवा लिने व्यक्तिको नम्बर (Patient Number)
ठेगाना (Address)	जन्म-मिति (Date of Birth)
सहर/राज्य/जिपकोड + 4 (City/State/ZIP + 4)	फोन (Phone) ()

स्वीकृत गरिएका सुविधा चिकित्सा अभिलेखहरू संरक्षक वा यी अभिलेखहरूका लागि जिम्मेवारका रूपमा पहिचान गरिएको व्यक्तिद्वारा यी अभिलेखहरू खुलासाको प्रक्रिया हुन सक्छ। माथिका जाँच गरिएका सुविधा (हरू) बाट जानकारी खुलासा समावेश गर्छ (लागु हुने सबैमा चिह्न लगाउनुहोस्):

<input type="checkbox"/> रासायनिक निर्भरता अभिलेखहरू	<input type="checkbox"/> डिस्चार्ज सारांश	<input type="checkbox"/> शैक्षिक/स्कूल अभिलेखहरू	<input type="checkbox"/> प्रयोगशाला
<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य मूल्याङ्कनहरू	<input type="checkbox"/> इतिहास र भौतिक	<input type="checkbox"/> पुनः सुधार नोटहरू	<input type="checkbox"/> एक्स-रे
<input type="checkbox"/> क्लिनिक प्रगति नोटहरू	<input type="checkbox"/> नाम र निदान मात्र	<input type="checkbox"/> सम्पूर्ण चिकित्सा अभिलेखहरू मेरो उपचारसँग सम्बन्धित छन्	
<input type="checkbox"/> अन्य _____			

म बुझ्दछु कि यो जानकारीले सम्बन्धितलाई समावेश गर्नेछ (लागूयोग्यमा चिह्न लगाउनुहोस्):

<input type="checkbox"/> एक्वायर्ड इम्युनोडिफिसेन्सी सिण्ड्रोम (एड्स / AIDS) वा ह्युमन इम्युनो डिफिसिएन्सी भाइरस (एचआइभी / HIV) सँग संक्रमण
<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य सूचना (आयोवा, Iowa का लागि मात्र: कृपया ध्यानमा राख्नुहोस् ती व्यक्तिगत परीक्षण सामग्रीहरू खुलासा गर्न योग्य छन्)
<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य संयुक्त परामर्श सत्र (कृपया ध्यानमा राख्नुहोस् यस सत्रहरूको अवधिमा सम्पूर्ण व्यक्तिहरूका लागि मञ्जुरीनामा फाराम प्राप्त हुनुपर्दछ।)
<input type="checkbox"/> फिजियोथेरापी नोटहरू (फिजियोथेरापी नोटहरूको अनिवार्य रूपमा खुलासाका लागि गोप्यताको अधिकार फाराममा हस्ताक्षर गरिएको छ)
<input type="checkbox"/> लागूपदार्थ वा मद्यपान दुर्व्यसनको उपचारका लागि

म बुझ्दछु कि यसले मैले तल निर्दिष्ट नगर्दासम्म सेवाका मितिहरूसम्बन्धी जानकारी समावेश गर्छ:

स्याहारको अवधि (हरू) समावेश गर्दै: बाट _____ लाई _____

यो जानकारी खुलासा गरिनेछ (कृपया विशेष व्यक्तिगत जानकारीसहित र/वा सुविधा नाम र ठेगाना):

प्रयोजनका लागि _____

घोषित प्रयोजन छैन भने, त्यसपछि मेरो अनुरोधमा प्रयोजनको खुलासा गरिनेछ।

म बुझ्दछु यो मञ्जुरीनामा कुनै पनि समयमा खारेज गर्न सकिनेछ, यो मञ्जुरीनामाको भरोसामा पहिल्यै नै कारवाहीमा परेका सीमासम्म बाहेक। म बुझ्दछु कि यदि मैले यो मञ्जुरीनामा खारेजी गर्न चाहेमा, मैले अनिवार्य लिखित रूपमा र लिखित खारेजी-पत्र चिकित्सा अभिलेखहरू विभागमा वा संरक्षकसँग जोसँग पनि वास्तविक मञ्जुरीनामा पेश गर्न सक्छु।



जानकारीको खुलासाका लागि चिकित्सा अभिलेख
मञ्जुरीनामा
(MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION
FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)
Nepali

अन्यथा खारेज नगरेसम्म, यो अधिकारको म्याद निम्न मिति, घटना वा अवस्थामा समाप्त हुनेछ _____

मैले म्याद समाप्त हुने मिति, अवस्था वा सर्त उल्लेख गरेन भने, यो अनुमति-पत्रको म्याद हस्ताक्षर गरेको मितिबाट बाह्र महिनामा सकिनेछ।

म बुझ्दछु कि यस स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्ने अधिकार प्रदान स्वैच्छिक छ। मैले यस मञ्जुरीनामामा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु। मैले उपचार प्राप्त गर्नका लागि यस मञ्जुरीनामामा हस्ताक्षर गर्न आवश्यक छैन। CHI स्वास्थ्य कुनै उपचार अवस्थामा हुनेछैन, भर्ना, नामांकन, योग्यता लाभहरूका लागि कि यो अनुमति-पत्रमा हस्ताक्षर गर्छु। म बुझ्दछु कि मैले CFR 164.524 मा उल्लेख गरेअनुरूप, प्रयोग वा खुलासा हुने जानकारीको निरीक्षण गर्न वा प्रतिलिपि बनाउन सक्छु। म बुझ्दछु कि खुलासा गरिएको कुनै पनि जानकारीलाई अनधिकृत तरिकाले पुनः खुलासा गरिने सम्भावना हुन्छ र उक्त जानकारी संघीय गोप्यता नियमहरूद्वारा सुरक्षित नहुन सक्छ। मसँग मेरो स्वास्थ्य जानकारीको खुलासासम्बन्धी प्रश्नहरू छन् भने, मैले CHI स्वास्थ्य गोप्यता कार्यालय (402) 717-1730 मा सम्पर्क गर्न सक्छु।

यो जानकारी तपाईंलाई संघीय गोपनीयता नियमहरू (42 CFR भाग 2) जुन सुरक्षित अभिलेखहरूबाट खुलासा गरिएको छ। अन्य जानकारी खुलासा गर्नका लागि तपाईंलाई संघीय नियमहरूबाट निषेधित नगरेसम्म अन्य खुलासा स्पष्ट रूपमा स्वीकृति गरिन्छ, लिखित सहमतिद्वारा व्यक्तिलाई अनुमति दिइएको छ, जसलाई 42 CFR Part 2 बाट वा अन्यथा द्वारा स्वीकृति दिएको छ। सामान्य अधिकार चिकित्सा वा अन्य जानकारी प्रकाशन गर्नको लागि यो प्रयोजन पर्याप्त छैन। संघीय नियमले कुनै पनि मादक पदार्थ वा लागु पदार्थ दुर्व्यसनको स्वास्थ्य-सेवा लिने व्यक्तिबारे आपाराधिक छानबिन गर्न वा अभियोग लगाउनमा कुनै पनि जानकारीहरूको प्रयोग गर्न निषेधित गर्छ।

Signature of Patient / विरामीको हस्ताक्षर		मिति / समय (Date / Time)
अभिभावकको हस्ताक्षर/कानूनी अभिभावक यदि स्वास्थ्य-सेवा लिने व्यक्ति नाबालक/अधिकारप्राप्त अधिवक्ता/अभिभावक (Signature of Parent/Legal Guardian if Patient is a Minor/Power of Attorney/Guardian)	स्वास्थ्य-सेवा लिने व्यक्तिसँगको नाता (Relationship to Patient)	मिति / समय (Date / Time)