

B



For Internal Use Only: _____

Signature of Mosaic Health Staff receiving completed form _____

Patient Account Number: _____

Date _____

सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी रिलीज को अधिकार

1 बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

ठेगाना: _____ फोन नम्बर: _____

म Mosaic Health (मोजेक हेल्थ) लाई माथिको बिरामीको रेकर्डहरू यहाँबाट प्राप्त गर्न अधिकार दिन्छु:

नाम _____ ठेगाना _____
 2 सहर/राज्य/जिप कोड _____ फोन# _____ फ्याक्स# _____

3 कुन रेकर्डहरू रिलीज गर्न आवश्यक छ, तल मध्ये छान्नुहोस्:

पूरा मेडिकल रेकर्ड सम्पूर्ण दन्त रेकर्ड मेडिकल एक्स-रे दन्त एक्स-रे
 प्रयोगशाला (ल्याब) परिणामहरू औषधिको सूची खोप रेकर्ड डाक्टरको प्रगति

नोटहरू: _____

उपचार गरेको निम्न मितिहरूको लागि: _____

(उदाहरणहरू: छानेको मिति-१/१३/२०२०; वा मितिहरूको दायरा- जनवरी २०१९ देखि जुलाई सम्मको)

*अभिलेखमा नाबालिगको प्रजनन अभिलेख समावेश भएमा यस प्राधिकरणलाई उक्त नाबालिगको हस्ताक्षर चाहिन्छ।

निम्नचाहेको कागजातहरू जारी गर्न विशेष प्राधिकरण आवश्यक छ

(तल हस्ताक्षर गर्नुहोस्, नत्र भने कागजातहरू जानकारी जारी गरिने छैन)

मदिरा/लागूपदार्थ उपचार _____ HIV/AIDS सम्बन्धित जानकारी _____ मानसिक स्वास्थ्य उपचार _____

*विशेष गरी HIV/AIDS सम्बन्धित, मदिरा वा लागूपदार्थ उपचार, र/वा मानसिक स्वास्थ्य उपचार जानकारीको विमोचनलाई अधिकार दिएर जुन प्रापकलाई संघीय वा राज्य कानून अन्तर्गत अनुमति नभएसम्म मेरो अधिकार बिना त्यस्तो जानकारी पुनः खुलासा गर्न निषेध गरिएको छ।

दन्तको एक्स-रे पठाउनु पर्ने हो भने कृपया dentalx-ray@mosaichealth.org मा इमेल गर्नुहोस्

[ख] जानकारी निम्न कारण(हरू) ले गर्दा रिलीज गर्न जरूरी छ:

हेरचाहको स्थानान्तरण विद्यालय/रोजगारी अशक्तता कानुनी कानुनीरेफरल/केयर समन्वय

म बुझ्छु कि यो स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा स्वैच्छिक हो। म यो प्राधिकरणमा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्न सक्छु। उपचार सुनिश्चित गर्नको लागि मैले यो फारममा हस्ताक्षर गर्नुपर्दैन। म बुझ्छु कि जानकारीको कुनै पनि खुलासाले अनधिकृत पुनः खुलासाको सम्भाव्यता बढ्छ र जानकारी संघीय गोपनीयता नियमहरूद्वारा सुरक्षित नहुन सक्छ। यदि मसँग मेरो स्वास्थ्य जानकारीको खुलासाको बारेमा प्रश्नहरू छन् भने, म खुलासा गर्ने अधिकृत व्यक्ति वा संस्थालाई सम्पर्क गर्न सक्छु।

म बुझ्छु कि मसँग कुनै पनि समयमा यो प्राधिकरण रद्द गर्ने अधिकार छ। म बुझ्छु कि यदि मैले यो अख्तियारी रद्द गर्ने भने, मैले लिखित रूपमा त्यसो गर्नु पर्छ र मेरो लिखित खारेज Mosaic Health (मोसाइक हेल्थ)को मेडिकल रेकर्ड विभागमा पेश गर्नुपर्छ। म बुझ्छु कि यो प्राधिकरणको प्रतिक्रियामा पहिले नै जारी गरिएको जानकारीमा रद्दीकरण लागू हुने छैन। म बुझ्छु कि मेरो बीमा कम्पनीमा रद्द लागू हुने छैन जब कानूनले मेरो बीमाकर्तालाई मेरो नीति अन्तर्गत दाबी गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछ।

यो प्राधिकरणको म्याद यो गते समाप्त हुन्छ: _____ (यहाँ मिति लेख्नुहोस्), वा प्राधिकरणको मितिको एक (1)

वर्ष भित्र, जुन कम हुन्छ।

6

बिरामी/अभिभावक/कानुनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर _____

हस्ताक्षरको मिति _____

माथिको हस्ताक्षरको प्रिन्ट गरिएको नाम

बिरामीसँगको सम्बन्ध

Mount Morris
1 Murray Hill Drive
Building 1, Room 140
Mt. Morris, NY 14510
P: 585-243-7840
F: 585-554-3342

Rushville
2 Rubin Drive
Rushville, NY 14544
P: 585-554-4400
F: 585-554-3342

Utica-Medical
1651 Oneida Street
Utica, NY 13501
P: 315-793-7600
F: 315-792-0079

Utica-Dental
3 Parkside Court
Building 1
Utica, NY 13501
P: 315-293-7600
F: 315-792-0079

Lyons
1519 Nye Road
Lyons, NY 14489
P: 315-871-3178
F: 585-554-3342

Ilion
55 Central Plaza,
Suite B
Ilion, NY 13357
P: 315-444-1900
F: 315-792-0079