



CFM

Compassionate Family Medicine

कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिसिनलाई

बिरामीको स्वास्थ्यसम्बन्धि अन्य स्वास्थ्य-कार्यालय/चिकित्सकलाई जानकारी
जारी गर्ने अख्तियारनामा

बिरामीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

ठेगाना: _____ मिति: _____

कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिसिन –बाट मेरो मेडिकल रेकर्ड जारी गर्ने अख्तियार दिन्छु: स्वास्थ्य
कार्यालय/चिकित्सक: _____

ठेगाना: _____

फोन#: _____ फ्याक्स#: _____

जारी गनुका उद्देश्य: (चिन्ह लगाउनुहोस्)

निरन्तर हरचाह	प्रातानाध/कानुना	अशक्तताको लागि	व्याक्तगत प्रयाग लाग
बोमालाई खच बहान/नवदन	स्याहार सान	अन्य (ताकुहास): _____	

निम्न कुरासित सम्बन्धित जानकारी समावेश गर्नुहोस् (लागू भएको खण्डमा): (लागू हुने
कुरामा चिन्ह लगाउनुहोस्)

मानसिक स्वास्थ्य लागू पदार्थ/रक्सी एच.आइ.भि/एड्स सरूवा रोगको उपचार

यो अख्तियारनामा स्वेच्छिक हो र म यो अख्तियारनामामा हस्ताक्षर गर्न पनि इन्कार गर्न सक्छु भनेर मैले बुझेको छु। यदि मैले हस्ताक्षर गरिँँ भने मेरो स्वास्थ्य स्याहार र स्वास्थ्य स्याहार गरे बापतको भुक्तानीमा असर पर्ने छैन भनेर पनि बुझेको छु। प्रयोग वा जारी गरिने जानकारीको जाँच मैले गर्न सक्छु वा प्रतिलिपि बनाउन सक्छु भनेर बुझेको छु। यस सेवाको लागि **कम्पेशनेट प्यामिलि मेडिशनले काम गरे बापतको सेवा-शुल्क लिन सक्छ भनेर मैले बुझेको छु।**

जारी गरिएको जानकारी माथि उल्लेख गरिएका विशेष उद्देश्यका लागि हो भनेर मैले बुझेको छु। यी जानकारी लिखित मञ्जुरीविना अरू कुनै कारणका लागि प्रयोग गरिनु निषेध छ। यदि प्रयोग गरिएको खण्डमा यो मञ्जुरी (लिखित रूपमा) कुनै पनि बेला म रद्द गर्न सक्छु। कुनै विशेष कुरा तोकिएको छैन भने यो मञ्जुरी मैले हस्ताक्षर गरेको ९० दिनपछि समाप्त हुनेछ।

बिरामीको पूरा नाम

मिति

बिरामीको हस्ताक्षर

बिरामीको कानुनी प्रतिनीधि

311 Green Street
Syracuse, NY 13203
Main: 315-425-1431
Fax: 315-425-1994

511 N. Main Street
N. Syracuse, NY 13212
Main: 315-452-
9977
Fax: 315-452-9607

138 E. Genesee Street
Baldwinsville, NY 13027
Main: 315-638-1950
Fax: 315-638-1445

2700 Court Street, Suite 4
Syracuse, NY 13208
Main: 315-760-6900
Fax: 315-425-1994