



CFM

Compassionate Family Medicine

इन्कार गरेको जानकारी फाराम

बिरामीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

मेरो डेमोग्राफ, मैले सेवन गर्ने औषधीहरू, मेरो स्वास्थ्यबारे जानकारी, पारिवारिक स्वास्थ्य जानकारी जस्ता धेरै जानकारी प्राप्त गर्न कम्पेन्सनेट फ्यामिलि मेडिशन (CFM) –द्वारा मैले बिरामी लिने फाराम भर्नको लागि प्राप्त गरेको छु। यी जानकारीहरू **मेरो स्वास्थ्य स्याहार टिमको लागि कति धेरै महत्त्वपूर्ण छ र मेरो स्वास्थ्य स्याहार गर्न यी जानकारीले कसरी मदत गर्नछ** भनेर मलाई CFM –ले बुझाएको छ।

यस इन्कार फाराममा हस्ताक्षर गरेर बिरामी लिने फाराम इन्कार गरेको कुरा मलाई ज्ञान छ। हुनत यी जानकारीले CFM र मेरो स्वास्थ्य स्याहार टिमलाई महत्त्वपूर्ण जानकारी दिन्छ, तर **स्वास्थ्यसम्बन्धि मेरो पूरै जानकारी उपलब्ध नगराएर** मेरो स्वास्थ्य स्याहार टिमलाई खतरामा पुऱ्याउन सक्छ र यो जोखिम स्विकार्छु।

यो इन्कार गरेको जानकारी फाराम मेरो मेडिकल **रेकर्डको** भाग हुनेछ भनेर मैले पूर्णरूपमा बुझेको छु।

बिरामीको हस्ताक्षर

मिति

साक्षी

मिति

311 GREEN ST.
SYRACUSE, NY 13203
T 315.425.1431
F 315.425.1994

511 S. MAIN ST.
N. SYRACUSE, NY 13212
T 315.452.9977
F 315.452.9607

138 E. GENESEE ST. BALDWINVILLE,
NY 13027
T 315.638.1950
F 315.638.1445

2700 COURT ST., STE. 4
SYRACUSE, NY 13208
T 315.760-6900