



CFM

Compassionate Family Medicine

कम्पेशनेट फ्यामिलि मेडिशिन मेडिकल

जानकारी (HIPAA) दिने सम्बन्धी फाराम

पूरा नाम: _____ जन्ममिति: _____ / _____ / _____

पुरुष [] महिला [] सोसियल सेक्युरिटी # ----- _____

ठेगाना: _____
मार्ग सहर राज्य जीप कोड

घरको फोन: _____ मोबाइल फोन: _____ कामको फोन: _____ एक्सटेन्शन: _____ ईमेल: _____
रुचाइको भाषा: _____

अपतकालीन अवस्थामा सम्पर्क गर्ने व्यक्ति: _____
नाम / नाता फोन नम्बर

बीमा: _____ बीमा गरेको व्यक्तिको नाम: _____

पोलिसि नम्बर: _____ पोलिसि पाउने: _____ पोलिसि पाउनेको सोसियल सेक्युरिटीSS# ----- _____

फार्मेसी: _____
नाम/ठेगाना फोन नम्बर

मेडिकलसम्बन्धि जानकारी दिने

नोट: जानकारी दिने सम्बन्धि यो कागजात बिरामीले चिठीमार्फत अन्त नगरेसम्म लागू हुनेछ।

[] मेरो रोगको निदान, रेकर्ड, मलाई गरिएको परीक्षण र खर्चको जानकारी पाउने अधिकार निम्न व्यक्तिलाई दिन्छु:

[] श्रीमान् वा श्रीमती / अरु: _____ फोन #: _____

[] वयश्यक छोरा/छोरी: _____ फोन #: _____

[] बुबाआमाको नाम: _____ फोन #: _____

[] अन्य नाम: _____ फोन #: _____

[] जानकारी कसैलाई नदिनुहोस्।

सन्देश

भेट्ने समयको लागि सन्देश छोड्ने:	हुन्छ	हुँदैन
घरको फोन यसमा अटोमेटेड सेवा पनि सामेल गर्ने?		
मोबाइल फोन लगायत अटोमेटेड सेवा पनि सामेल गर्ने?		
मोबाइलमा टेक्स्ट यसमा अटोमेटेड सेवा पनि सामेल गर्ने?		
कामको फोनमा?		
अन्य व्यक्तिलाई? तल नाम दिनुहोस्।		
इमेल मार्फत पठाउने / पोर्टल?		
मेल मार्फत पठाउने?		

स्वास्थ्य सम्बन्धि सन्देश छोड्ने:	हुन्छ	हुँदैन
घरको फोन यसमा अटोमेटेड सेवा पनि सामेल गर्ने?		
मोबाइल फोन यसमा अटोमेटेड सेवा पनि सामेल गर्ने?		
मोबाइलमा टेक्स्ट यसमा अटोमेटेड सेवा पनि सामेल गर्ने?		
कामको फोनमा?		
अन्य व्यक्तिलाई? तल नाम दिनुहोस्।		
इमेल मार्फत पठाउने / पोर्टल?		
मेल मार्फत पठाउने?		

मलाई कम्पेन्सनेट फ्यामिलि मेडिसिनको गोपनीयताबारे सूचना पढ्ने र/वा एक प्रति पाउने मौका पाएको कुरा स्विकार्यु।

[] हो [] होइन

यस होमले सुरक्षित राखेको मेरो स्वास्थ्यसम्बन्धि जानकारी भुक्तानी, उपचार र स्वास्थ्य स्याहारको उद्देश्यको लागि प्रयोग गर्न र जानकारी दिन पाउँछ भनेर म मञ्जुर गर्दछु। साथै एच.आइ.पि.ए.ए (HIPAA) –मा अधिकार पाएका व्यक्तिहरू वा संघीय वा राज्यलाई मेरो लिखित आधिकारिक पत्र बिना यी जानकारीहरू दिन सकिन्छ।

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____ / _____ / _____

स्वास्थ्य उपचार लिए वापत माथि उल्लेख गरिएका चिकित्सक वा आपूर्तिकर्तालाई रकम भुक्तानी गर्ने अधिकार दिन्छु।

हस्ताक्षर: _____ मिति: _____ / _____ / _____