



**ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ, ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ**  
**AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PUNJABI)**

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ: I understand the following:

- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਛੱਡਣ ਦੀ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਅਧਿਕਾਰਤਾ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਮਰੱਥਾ ਤੇ ਬੁਰਾ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ। ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਹੀ ਹਾਲਤ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਉੱਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਨਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਮਰੱਥਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਖੋਜ-ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਣ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਉਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਫੀਸ ਲਗਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। There may be a fee associated with this request.
- ਇਸ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਰਤੀ ਗਈ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁੜ-ਪ੍ਰਗਟੀਕਰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹੁਣ ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਤਹਿਤ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰ, ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਫੈਡਰਲ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ HIV/AIDS, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਡਰੱਗ/ਅਲਕੋਹਲ ਦੀ ਤਸ਼ਖੀਸ, ਇਲਾਜ, ਜਾਂ ਰੈਫਰਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਸ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ।  
I have the right to receive a copy of this signed authorization.
- ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਰੱਦ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਿਖਤੀ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਵਿਚ ਵਰਤੇ ਗਏ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਇਕੋ ਇਕ ਅਪਵਾਦ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ Swedish ਨੇ ਅਧਿਕਾਰਤਾ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਨੂੰ ਬੀਮਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਥਾਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸੀ, ਉਸਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਦਰਜ ਕਰੋ:**

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p align="center"><b>Swedish Medical Center</b>                  Release of Information Department                  747 Broadway, Seattle, WA 98122                  ਫੋਕਸ /Fax: (206) 320-2626                  ਈ- ਮੇਲ/Email: <a href="mailto:ROI@swedish.org">ROI@swedish.org</a></p>	<p align="center"><b>Swedish Medical Group</b>                  ਫੋਨ/Phone: (206) 320-3025                  ਫੋਕਸ/Fax: (478) 238-9436                  ਈ- ਮੇਲ/Email: <a href="mailto:smgroi-wa@cioxhealth.com">smgroi-wa@cioxhealth.com</a></p>
--	---

**ਜ਼ਰੂਰੀ:** Swedish, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਿੰਟ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਹ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਨਾ ਹੋਣ। ਪਰ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਕੁਝ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਪੁਰਾਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਿਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੇ, ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.



# SWEDISH

## ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ, ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PUNJABI)

ਸੰਸਥਾ, ਇਸਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ, ਅਫਸਰਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਲਈ ਦਰਸਾਈ ਗਈ ਸੀਮਾ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਕਿਸੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਜਾਂ ਦੇਵਦਾਰੀ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਸਹਿਭਾਗੀ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਲਿੰਗ, ਉਮਰ, ਜਾਂ ਅਪੰਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ (888) 311-9127 (TTY: 711).  
ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵੇਰਵੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ Swedish ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ:

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ/Patient's Name \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ/DOB: \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਤਾ/Patient's Address: \_\_\_\_\_ ਫੋਨ/Phone: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ/City: \_\_\_\_\_ ਰਾਜ/State: \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ/Zip Code: \_\_\_\_\_

ਇਸਨੂੰ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ:  ਆਪ  ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_  
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

Recipient's Address: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ/City: \_\_\_\_\_ ਰਾਜ/State: \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ/Zip Code: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ/Phone: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ/Fax: \_\_\_\_\_ ਈ- ਮੇਲ/Email: \_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:  MyChart  ਈ- ਮੇਲ  ਡਿਸਕ  ਪੇਪਰ  ਫੈਕਸ  
Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੋਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ: I am requesting information from the following facility(s):

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ (ਲਿਸਟ) ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ Hospital Name (List) & Phone Number	ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਲਿਸਟ) ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ Clinic Name (List) & Phone Number

ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਾਰੀਖ ਸੀਮਾਵਾਂ ਤੋਂ: \_\_\_\_\_ ਤੱਕ: \_\_\_\_\_

For the range of dates from: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_  
ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਿਦਾਨਾਂ ਜਾਂ ਸੱਟ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ: \_\_\_\_\_

For information related to the following diagnosis or injury: \_\_\_\_\_

ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ/Information to be disclosed:

- ਪਿਛੋਕੜ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ/History & Physical
- ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰ/Discharge Summary
- ਆਪਰੇਟਿਵ ਰਿਪੋਰਟ/Operative Report
- ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਰਿਪੋਰਟ/Emergency Department Report
- ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਰਿਪੋਰਟਾਂ (ਲੈਬ, ਐਕਸਰੇ, EKG, ਆਦਿ)  
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
- ਤਰੱਕੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ/Progress Notes



# SWEDISH

ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ, ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ  
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PUNJABI)

ਹੋਰ (ਦਰਸਾਓ)/Other (specify): \_\_\_\_\_

ਇਸਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ: \_\_\_\_\_

For the purpose of:

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਇਹ ਅਧਿਕਾਰਤਾ 180 ਦਿਨ ਜਾਂ ਇਸ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: \_\_\_\_\_

Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

ਨਿਯਮ: ਇਹ ਅਧਿਕਾਰਤਾ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ ਤੇ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਜਿਨਸੀ ਰੋਗਾਂ, AIDS, HIV ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ, ਸ਼ਰਾਬ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਟੈਸਟ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਹਿਲੂਆਂ ਤੱਕ ਵਿਸਥਾਰਿਤ ਹੋਵੇਗੀ।

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ:/Date: \_\_\_\_\_

Patient Signature: (ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ)  
(Print form and sign by hand)

ਮਰੀਜ਼ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ:/Date: \_\_\_\_\_

Patient Representative Name:

ਮਰੀਜ਼ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

Patient Representative Signature: (ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਰਥਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।)  
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: \_\_\_\_\_

Relation to Patient:



1ROI