



**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:

- 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-ਸੰਬੰਧਤ ਹੋਣ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਉਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਫੀਸ ਲਗਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- 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 ਤਸਖੀਸ, ਇਲਾਜ, ਜਾਂ ਰੈਫਰਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪ੍ਰਗਟ ਕਰਨ 'ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਸ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਰਿੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਰਿੱਦ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਿਖਤੀ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਵਿਚ ਵਰਤੇ ਗਏ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਇਕੋ ਇਕ ਅਵਾਦ ਉਦੇ ਹੁਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ Swedish ਨੇ ਅਧਿਕਾਰਤਾ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਨੂੰ ਬੀਮਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਸਾਰਤ ਵਜੋਂ ਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

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

**Swedish Medical Center**  
 Release of Information Department  
 747 Broadway, Seattle, WA 98122  
 ਫੋਨ: (206) 320-2626  
 ਈ- ਮੇਲ: ROI@swedish.org

**Swedish Medical Group**  
 Centralized Services Department  
 800 5th Ave, Suite 800  
 Seattle, WA 98104  
 ਫੋਨ: (425) 454-2935

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

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

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

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services.

Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds

(888) 311-9178) (TTY: 711)。

**ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ, ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤਾ**

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

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_ ਫੋਨ: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_ ਰਾਜ \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

ਇਸਨੂੰ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ: \_\_\_\_\_ ਆਪ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_ ਰਾਜ \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ \_\_\_\_\_ ਈ- ਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੇਰੇ ਰਿਕਾਰਡ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ: MyChart ਈ- ਮੇਲ ਡਿਸਕ ਪੇਪਰ ਫੈਕਸ

ਮੈਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਤੋਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ:

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ (ਲਿਸਟ) ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਲਿਸਟ) ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

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

ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਿਦਾਨਾਂ ਜਾਂ ਸੱਟ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ: \_\_\_\_\_

ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਪਿਛੇਕੜ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ

ਆਪਰੇਟਿਵ ਰਿਪੋਰਟ

ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਰਿਪੋਰਟਾਂ (ਲੈਬ, ਐਕਸਰੇ, EKG, ਆਦਿ)

ਹੋਰ (ਦਰਸਾਓ): \_\_\_\_\_

ਡਿਸਚਾਰਜ ਸਾਰ

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਰਿਪੋਰਟ

ਤਰੱਕੀ ਟਿੱਪਣੀਆਂ

ਇਸਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ: \_\_\_\_\_

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

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।

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

(ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ)

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

ਮਰੀਜ਼ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

(ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਰਥਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।)

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: \_\_\_\_\_



1ROI