

गहन देखरेख से अंत:रोगी पुनर्वास / CCC संदर्भित फार्म
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(HINDI)

खण्ड 6: वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी प्रकट करने के लिए सहमति /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

समस्त संदर्भितों के लिए पूरा किया जाना है (समाज सेवक/डिस्चार्ज प्रबंधक/केस प्रबंधक द्वारा) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

मैं सहमत हूँ कि _____ संदर्भ ग्रहण करने के लिए मेरी वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी को प्रकाशित कर सकते हैं।
 (जानकारी प्रकट करने वाली सुविधा का नाम)
 (Name of facility disclosing information)

वे संगठन, जिन्हें संदर्भ दिया जाना है / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> बेक्रेस्ट
Baycrest | <input type="checkbox"/> मरखम स्टॉउफविल हॉस्पिटल
Markham Stouffville | <input type="checkbox"/> टोरंटो ईस्ट जनरल हॉस्पिटल
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> विलियम ओसलर हेल्थ सेन्टर
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> ब्रिजपवाइंट हेल्थ
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> प्राविडेन्स हेल्थकेयर
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> टोरंटो ग्रेस हेल्थ सेंटर
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> यार्क सेन्ट्रल हॉस्पिटल
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> क्रेडिट वैली हॉस्पिटल
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> रॉंग वैली हेल्थ सिस्टम
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> टोरंटो रिहैब
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> अन्य (स्पष्ट करें)
Other (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> हॉल्टन हेल्थकेयर सर्विस
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> साउथलेक रीजनल हेल्थ सेन्टर
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> ट्रिलियम हेल्थ सेन्टर
Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> लेकरिज हेल्थ
Lakeridge Health' | <input type="checkbox"/> सेन्ट जॉन रिहैब हॉस्पिटल
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> वेस्ट पार्क हेल्थकेयर सेन्टर
West Park Healthcare Centre | |

रोगी का नाम अंकित करें / Print Name of Patient: _____

रोगी / एवजी का हस्ताक्षर / Signature of Patient/Substitute: _____

एवजी का नाम (अंकित नाम): / Name of Substitute (Print name): _____

रोगी से संबंध, यदि एवजी द्वारा हस्ताक्षर किए गए हो / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- जी हां, जब सहमति ली जा रही थी, तो दुभाषिए का उपयोग किया गया था। / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 किसी दुभाषिए की जरूरत नहीं थी। / No interpreter was required.

दिनांक (वर्ष/माह/दिन) / Date (YYYY/MM/DD): _____