

உள்வாரியானநோயாளிக்கான தீவிர கண்காணிப்பு/CCC தகவல் பரிமாற்றத்துக்கான விண்ணப்பப்படிவம்
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(TAMIL)

பிரிவு 6: தனிப்பட்ட உடல்நலத் தகவல்களை வெளியிட விருப்பத்தைத் தெரிவித்தல் /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

சம்பந்தப்பட்ட எல்லா (சமூகசேவை ஊழியர்,நோயாளியை வெளியில் அனுப்பும் திட்டவியலாளர்,குறித்த விடயத்துக்கான மனோஜர்) ஆகிய அனைவரின் கவனத்துக்காகவும் நிரப்பப்பட வேண்டும். / To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

<input type="checkbox"/> நான்		[Redacted] க்கு, எனது தனிப்பட்ட சுகாதாரத் தகவல்களை இது தொடர்பான உரியவர்களுக்குக் கொடுப்பதற்கு உடன்படுகிறேன்.	
(தகவல்களைக் கொடுக்கும் துறையினர்) (Name of facility disclosing information)			
தகவல்கள் பரிமாற்றத்துக்கான நிறுவனங்கள் / Organizations referred to:			
<input type="checkbox"/> பேகிரஸ்ட் Baycrest	<input type="checkbox"/> மக்ஹாம் ஸ்டோபைவில்வைத்தியசாலை Markham Stouffville	<input type="checkbox"/> சென். ஜோன்ஸ் புனர்த்தாபனவைத்தியசாலை St. John's Rehab Hospital	<input type="checkbox"/> மேற்குயார்க் சுகநலநிலையம் West Park Healthcare Centre
<input type="checkbox"/> பிரிஜ்ஹெல்த் சுகநலம் Bridgpoint Health	<input type="checkbox"/> புரோவிடென்ஸ் சுகாதாரநிலையம் Providence Healthcare	<input type="checkbox"/> கிழக்குரொரண்டோபொதுவைத்தியசாலை Toronto East General Hospital	<input type="checkbox"/> வில்லியம் ஓஸ்லசுகநலநிலையம் William Osler Health Centre
<input type="checkbox"/> கிரடிட் பள்ளத்தாக்கு வைத்தியசாலை Credit Valley Hospital	<input type="checkbox"/> ரப்வாலி சுகநலத்திட்டம் Rouge Valley Health System	<input type="checkbox"/> டொரென்டோ கிரேஸ் சுகநலநிலையம் Toronto Grace Health Centre	<input type="checkbox"/> யோர்க் மத்திய வைத்தியசாலை York Central Hospital
<input type="checkbox"/> ஹால்டன் சுகநலசேவைகள் Halton Healthcare Services	<input type="checkbox"/> சவுத்லேக் பிரதேசசுகநல நிலையம் Southlake Regional Health Centre	<input type="checkbox"/> டொரென்டோ புனர்வாழ்நிலையம் Toronto Rehab	<input type="checkbox"/> ஏனையவை(குறிப்பிடவும்) Other (specify) [Redacted]
<input type="checkbox"/> லேக்பிரிஜ் ஹெல்த் Lakeridge Health		<input type="checkbox"/> டிரிலியம் சுகநலநிலையம் Trillium Health Centre	
நோயாளியின் பெயர் - அச்சில் பிரகரிக்கவும்: / Print Name of Patient: [Redacted]			
நோயாளியின்/அவருக்குப் பதிலாக இருப்பவரின் கையொப்பம்: / Signature of Patient/Substitute: [Redacted]			
பதிலாக இருப்பவரின் கையொப்பம்: பெயர்- (அச்சில் பிரகரிக்கவும்) / Name of Substitute (Print name): [Redacted]			
பதிலாக ஒருவர் கையொப்பமிட்டால் அவருக்கு நோயாளியுடனான உறவுமுறை / Relationship to patient, if signed by Substitute: [Redacted]			
<input type="checkbox"/> ஆம்,சம்மதம் பெறும்போது ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரின் சேவை பெறப்பட்டது. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.			
<input type="checkbox"/> இல்லை, மொழிபெயர்ப்பாளர் அவசியப்படவில்லை. / No interpreter was required.			
திகதி (வரு/மா/திகதி) / Date (YYYY/MM/DD): [Redacted]			