



အတက်ကွဲးတဲာ်လၢအတၢ်သ့ၣ်ညါအပူၤ ဒ်ပၢ်ဃုာ်ထီၣ်တၢ်သံကဲ

အမံၤအပူၤမၤတၢ်တဖၣ်မနုၤန့ၣ် (ပၢ်ဃုာ်ဃုာ်လဲၤသး) အဂ့ၢ်အကျိၤ
ဟ့ၣ်လီၤတၢ်သ့ၣ်ညါလၢအကစထံးဆုၤထံးဒုးန့ၣ်သကိးအတၢ်ကူးတၢ်လီၤအပူၤ:

အမိခွဲး (Client Name): _____

မွဲတၢ်နီၣ်ခိၣ် (Date of Birth): _____

စံာ် SSN အကံာ်ဘူး ၄ အကျၢ် (Last 4 #s of SSN): _____

ဖုန်းနံၣ် (Phone Number): _____

အပၤက့ၤတၢ်သ့ၣ်ညါလီၤထီၣ်ထဲၣ် (INFORMATION TO BE RELEASED FROM)

အပၤဒီးတၢ်သ့ၣ်ညါလီၤ (INFORMATION TO BE RELEASED TO)

အမိ (Name): _____

အမိ (Name): _____

လီၤအကတၢ် (Address):

လီၤအကတၢ် (Address):

ဖုန်း (Phone): _____

ဖုန်း (Phone): _____

လီၤထီၣ်တၢ်သ့ၣ်ညါအတၢ်ပၢ်အံၤ (အတၢ်တဲာ်လိာ်လိာ်အဂီၢ် CHECK ALL THAT APPLY):

- စီၤဆီတၢ် (Psychiatric Evaluation)
- ဆါတၢ်ဖး/ဆါတၢ် (Medications)
- တၢ်ကူးတၢ်လီၤ/တၢ်ခွဲးသ့ၣ်ညါအကစထံး (Medical/Physical History)



တၢ်ဖျါကော် (Discharge Summary)

Labs (တၢ်စွဲဃာ်)

တၢ်ကတိၤ/တၢ်သီအပေါ် မိၤ (History/Psychosocial)

စီၤဆီပာ်ခံသတၢ် (Psychiatrist Notes)

တၢ်ရုက့ၤန့ၢ်တၢ် (Nursing Notes)

တၢ်ပတဲာ် (Therapy Notes)

အတၢ်အဲၣ်: _____

တၢ်သီတအိၣ်လီၤထီၣ် (RELEASE OF SPECIAL RECORDS)

န့ၢ်အိၣ်ဝဲဒီးအတၢ်သ့ၣ်ညါလၢအံၤမၤတၢ်လဲၤခီဖျါတဖၣ်အိၣ်လၢပုၤညါ— န့ၢ်အိၣ်တၢ်တဲာ်လိာ်တဖၣ်အဂီၢ်— မ့ၢ်လၢ အတၢ်ကူးတၢ်လီၤအပူၤ ဒီးအတၢ်အဲၣ်အပူၤ—အဖီခိၣ်တဖၣ်အံၤတၢ်ကဲထီၣ်တၢ်လဲၤခီဖျါတဖၣ်အံၤ:

မၤအီၤ မမၤအီၤ အၢ်လီၤတၢ်လီၤထီၣ်—အဘူးအတၢ်သ့ၣ်/ဆူးဟီ (alcohol) ဒီး ဆူးထီၣ် (drug) အတၢ်ပာ်တဖၣ်.

မၤအီၤ မမၤအီၤ အၢ်လီၤတၢ်လီၤထီၣ်—HIV ဒီး AIDS တၢ်စံးကတၢ်/မၤကွဲး (ဖျါလၢအတၢ်စွဲဃာ်အံၤအပူၤ).

အဘူးအတၢ်သ့ၣ်ဒီးဆူးထီၣ်အတၢ်ပာ်တဖၣ် အတၢ်လီၤထီၣ်တဖၣ်လီၤဟ့ၣ်က့ၤလိာ်သးဒီး ပတၢ်န့ၢ်လီၤတၢ်လၢ 42 CFR Part 2 ဒီး 45 CFR Parts 160, 164 တဖၣ်အပူၤ. အတၢ်လီၤထီၣ်အံၤအန့ၢ်ဆိကတၢ် အတၢ်သံကဲလၢအတၢ်ဘၣ်တၢ်န့ၢ်လၢအီၤတဖၣ် မ့ၢ်ဝဲအတၢ်မၤတၢ်ဒီးတၢ်ပာ်လၢတၢ်ကွဲးတၢ်ဖျါ.



တၢ်သ့ၣ်ညါအရၣ်တဖၣ် (PURPOSE FOR USE OR DISCLOSURE):

တၢ်လိာ်တအိၣ် (Personal Use) တၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ် (Treatment) တၢ်စဲးဘူး (Legal)
အတၢ်အဲၣ်: _____

အတၢ်လၢအတၢ်ထံၣ်တဖၣ် (EXPIRATION):

မၤမတၢ်ဒီးတၢ်န့ၣ်အကတီၢ်/အိၣ်ဖျၢၣ်/တၢ်အဲၣ်တၢ်ကီၢ်အလုၢ်အလးတမ့ၢ်လၢအံၤ,
အတၢ်ကွဲးတၢ်အံၤမ့ၢ်ဒ်သီးတၢ်န့ၣ်တခါထီၣ်န့ၢ်လီၤလၢအမံၤအံၤဒီးကသ့ဝဲ.

တၢ်န့ၣ်/အိၣ်ဖျၢၣ်/တၢ်ကီၢ်အလုၢ်အလးအဲၣ်ထီၣ်: _____

ယမ့ၢ် RiverValley အိၣ်ဒီးတၢ်စူၢ်တၢ်န့ၣ်ဒီးတၢ်မၤအဲၣ်တဖၣ် ခဲလၢာ်တအိၣ်ဘၣ်တၢ်တံၣ်လိာ်အံၤ— အိၣ်ဒီး

(၁) တၢ်စံၣ်ညါမၤ (research) လၢအကတီၢ်, ဒီး (၂) တၢ်မၤလၢတၢ်သ့ၣ်ညါ PHI တဖၣ်အယီ

အိၣ်အီၤသ့ဝဲလၢမ့ၢ်လၢအပူၤလၢထီၣ်ဒါတၢ်လီၤထီၣ်အါဝဲ.

သ့ၣ်တဖၣ်အိၣ်မၤသၢၣ်ဒီးအတၢ်တံၣ်လိာ်လၢအံၤအပူၤဒီး မၤဘၣ်တက့ၢ်ဒၣ်လဲၣ်က့ၤတၢ်မၤအဲၣ်အံၤ.

ယမ့ၢ်အတၢ်လီၤထီၣ်အံၤ (Alcohol ဒီး Drug တၢ်ပာ်လီၤထီၣ်အသၢၣ်တဖၣ် လီၤမၤလၢပုၤ)

အပူၤမ့ၢ်တၢ်အိၣ်သ့ၣ်နီၢ်ကစၢ်တဖၣ်ဒီး တအိၣ်ဘၣ်တၢ်အဲၣ်လၢ HIPAA Privacy Rule (45 CFR Part 164)

ဒီး Privacy Act of 1974 (5 USC 552a) တဖၣ်အပူၤန့ၣ်ဘၣ်. သ့ၣ်တဖၣ်လၢအတၢ်ကွဲးတၢ်အံၤ

မ့ၢ်တမၤလၢတၢ်လၢအတၢ်အဲၣ်လၢတၢ်ဟီၣ်ခိၣ်ဒီး မၤလၢတၢ်ဒီးဒ့ၣ်တဖၣ်လၢ အတၢ်လဲၤခီဖျိအံၤအပူၤ,

လီၤတံၣ်န့ၢ်တၢ်မၤလၢတၢ်ဟီၣ်ခိၣ်အိၣ်တဖၣ်အကတီၢ်—insurance contestability period—

အပူၤအံၤလဲၤကမ့ၣ်ညါ.

ခံစီၤ/ခိၣ်နွံ (Client Signature): _____

န့ၣ် (Date): _____



နံ့ (Date): _____

လံန့ (Signature of):

Parent (မာယာ) Guardian (မာဂီရံ)

တင်လဲခိဖျိအဲခံအံ တန့လာ: (If other, specify relationship): _____

အသံအသးမာယာ (Witness Signature – hospital records only): _____

နံ့ (Date): _____