

तपाईंको नाम: \_\_\_\_\_  
 जन्म मिति: \_\_\_\_\_ उचाई: \_\_\_\_\_ तौल: \_\_\_\_\_  
 फोन (घर): \_\_\_\_\_ मोबाइल फोन: \_\_\_\_\_  
 आमा/बुबा/अभिभावकको नाम: \_\_\_\_\_  
 फोन: \_\_\_\_\_  
 स्वास्थ्य बीमा कम्पनी: \_\_\_\_\_  
 ID #: \_\_\_\_\_ समूह #: \_\_\_\_\_  
 तपाईंको मुख्य भाषा वा सञ्चार गर्ने तरिका: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_  
 नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 नाम: \_\_\_\_\_  
 नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 नाम: \_\_\_\_\_  
 नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 नाम: \_\_\_\_\_  
 नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

विशेष सुरक्षा निर्देशन, सङ्कटकालीन योजना वा हटलाइन फोन #: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 विशेष अवस्था, उपचारसम्बन्धी चुनौती, असामान्य नतिजा वा मेडिकल वा टिकाउ उपकरणहरू (प्रकार र आकार) प्रयोग गर्नुपर्ने आवश्यकताहरू: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

मुख्य निदान: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 अन्य निदान वा गम्भीर चोटपटकहरू? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 विशेष अवस्था/टिप्पणीहरू: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 एलर्जीहरू (औषधि, खाना, वातावरण, सम्पर्क वा अन्य समावेश गर्नुहोस् । के हुन्छ भनेर वर्णन गर्नुहोस् ।): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

प्राथमिक चिकित्सकको नाम: \_\_\_\_\_  
 ठेगाना: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 प्राथमिकता दिइएको अस्पताल: \_\_\_\_\_  
 फार्मसीको नाम: \_\_\_\_\_  
 ठेगाना: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 विशेषज्ञता अस्पताल: \_\_\_\_\_

अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू (उदाहरणका लागि, विशेषज्ञ, दन्त चिकित्सक, थेरापिस्टहरू आदि)

प्रदायकको नाम: \_\_\_\_\_

किसिम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

प्रदायकको नाम: \_\_\_\_\_

किसिम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

प्रदायकको नाम: \_\_\_\_\_

किसिम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

औषधिको नाम	डोज (मात्रा)	कतिपटक (आवृत्ति)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

थप जानकारी: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

परिवारका सदस्य, अभिभावक वा अरूहरूलाई तपाईंका चिकित्सकसँग तपाईंको चिकित्सकीय जानकारी छलफल गर्न अनुमति छ । (यदि 18 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरको भएमा उनीहरूलाई तपाईंका चिकित्सकले तपाईंलाई दिनुभएको HIPAA गोपनीयता फाराममा समावेश गर्नुहोस् ।)

नाम: \_\_\_\_\_

नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

नाता: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

# H.I. Doc



आफ्नो कार्डलाई अद्यावधिक राख्नुहोस् । नयाँ कार्ड प्राप्त गर्नका लागि

NYS को स्वास्थ्य विभागको वेबसाइटमा यहाँ जानुहोस्:  
[health.ny.gov/community/special\\_needs/#](https://health.ny.gov/community/special_needs/#)

यस कार्डको उद्देश्य भनेको अपाङ्गता भएका बालबालिका र अपाङ्गता भएका मानिसहरूलाई उनीहरूको स्वास्थ्य र चिकित्सकीय जानकारीलाई व्यवस्थित राख्नमा मद्दत गर्नु हो ।