



Patient Registration and Medical Release Form

Patient's Name (सेवा ग्राही को नाम):

Home Phone Number(फोन नं): Mobile Number (मोबाइल नं):

E-Mail Address(ई मेल): Viber / Whatsapp number(भाईबर नं /ह्वास्तयप नं):

Address(ठेगाना):..... District(जिल्ला):.....

Date of Birth(जन्म मिति): Age (उमेर): Sex(लिंग): M(पु) F(म) O(अरु) National ID/Citizenship Certificate Number(राष्ट्रिय परिचय पत्र/ नगरिकता नं): Other card- Type & Number(अरु सरकारी परिचय पत्र / प्रकार र नं):

Marital Status(वैवाहिक स्थिति): Single(एकल) Married(विवाहित) Do not want to Specify (निर्दिष्ट गर्न चाहन्न)

Emergency Contact (आपतकालीन सम्पर्क): Relationship to Patient(सम्बन्ध):.....

Address(ठेगाना):..... Phone number(फोन नं):.....

INSURANCE INFORMATION (बीमा बारे जानकारी)

Insurance Name (बिमित को नाम):..... Insurance Company (बिमा कम्पनी):

Insurance Policy Number (बिमा पोलिसी नं):

RELEASE OF INFORMATION (स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा)

I hereby give permission to the person(s) listed below to receive information about the care of the above named patient.
म निम्न सुचित व्यक्ति(हरू) लाई माथिको नाम दिइएको बिरामीको स्वास्थ्य उपचार र हेरचाहको बारेमा जानकारी दिन अनुमति दिन्छु।

Name(नाम): Relationship to Patient(नाता):.....

Name(नाम): Relationship to Patient(नाता):.....

Name(नाम): Relationship to Patient(नाता):.....

Name(नाम): Relationship to Patient(नाता):.....

Name(नाम): Relationship to Patient(नाता):.....

Patient / Parent or Guardian Signature(बिरामी / बिरामीको अक्तियारी प्राप्त वा आभिभावक को सहि):.....

Name (नाम):.....

Date (मिति):

For Official Use only(आधिकारिक प्रयोगको लागि मात्र)

Hospital Number:

HEALTH HISTORY (स्वास्थ्य विवरण)

Personal Information (व्यक्तिगत विवरण) as of Date(मिति):.....

Patient Name(नाम):..... Birth Date(जन्म मिति) :...../...../..... Age(उमेर):

Occupation(पेशा):

Marital Status(वैवाहिक स्थिति): Name of Partner/Spouse (श्रीमान /श्रीमती को नाम):

Names/Specialties/Locations of Other Physicians Caring for You, including previous primary care doctor (तपाईंको हेरचाह गर्ने अन्य चिकित्सकहरूको नाम/अधिल्लो प्राथमिक हेरचाह गर्ने डाक्टर):

MEDICAL INFORMATION (स्वास्थ्य जानकारी)

Please list any **MEDICATIONS** you are currently taking, prescribed or over the counter (कृपया तपाईंले हाल लिइरहनुभएको कुनै पनि औषधिहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्- चिकित्सक द्वारा दिएको र आफै किनी खाएको):

Any Allergies to Medications or Food (List Reactions) (कुनै औषधि वा खानाको एलार्जी / नकरात्मक प्रतिक्रिया सुचिबद्ध गर्नुहोस्):

For Females(महिलाको लागि मात्र):

Date of Last Menstrual Period (अन्तिम पल्ट महिनाबारी भएको मिति) :

Date of Last Pap Smear (अन्तिम प्याप इस्मेअर गरेको मिति):

History of Abnormal Pap(list date/s) (असामान्य प्याप इस्मेअर भएमा मिति सुचिबद्ध गर्नुहोस्)?.....

Date of Last(अन्तिम मिति) : Mammogram (म्यामोग्रामको):..... DEXA(डेक्ससा स्क्यानको):.....

Number of Pregnancies(गर्भावति भएको संख्या): Miscarriages(गर्भपात):.....

Terminations (गर्भपतन गराएको): Living Children(बच्चाहरूको को संख्या):

Method/s of Contraception(परिवार नियोजन को माध्यम):

If **YOU** or a **FAMILY MEMBER** has had any of the following, please circle and indicate which family member when applicable (तपाईं र तपाईं को परिवारको सदस्यमा निम्न रोग हरू छन् भने संकेत दिनुहोस):

ADD/ADHD	Stomach /Colon Disease	Heart Attack	Osteoporosis
TYPE 1 Or 2 Diabetes	Asthma	Thyroid Disorder	Cancer
Respiratory Disease	High Blood Pressure	Alcoholism
Anemia	Stroke	Kidney Disease
Fractures	Arthritis	STD
Skin Disease	High Cholesterol	Blood Clots
Allergies/Hay Fever	Seizure Disorder	Liver Disease
Gynaecological Disease	Anxiety/Depression	Neurological Disease

Please list any **SURGERIES** you have had and include the month/year (पहिले भएको शल्यक्रिया हरू मिति सहित सुची लेखानुहोस):

.....

SOCIAL INFORMATION (सामाजिक विवरण)

Tobacco Use (सुतीजन्यको प्रयोग): Do you smoke?चुरोट पिउनुहुन्छ ? If so, how many cigarettes/cigars per day (प्रति दिन कतिओटा?): No. of years smoking((कति वर्ष पिउनु भयो?):) Do you chew tobacco(खैनि सुती चपाउनु हुन्छ?)? Have you thought about quitting?(सुती चुरोट छोड्ने विचार गर्नु भएको छ?) Have you quit before(पहिला छोड्नु भएको छ?) How long? (कति समय छोड्नु भयो?)

Alcohol Use(रक्सि को प्रयोग): Do you drink alcohol? (रक्सि पिउनु हुन्छ ?) If so, what type? (कस्तो प्रकारको रक्सि? How many in 1 week? (एक हप्ता मा कति पिउनु हुन्छ?)

Drug Use(नशा (ड्रग्स) को प्रयोग?): Any history of illegal drug use (अहिलेसम्म प्रतिबन्धित नशा/ ड्रग्स प्रयोग गर्नु भएको छ?) If so, what type/s (कस्तो प्रकारको?)..... When (कहिले)?.....

Do you exercise (ब्यायाम गर्नुहुन्छ)? What activities do you do, and how often in 1 week (कस्तो ब्यायाम गर्नुहुन्छ र हप्ता मा कति गर्नुहुन्छ)?

Are you on any special diet (तपाईं को कुनै खास खान्की खानु हुन्छ)? If so, what(कस्तो खान्की)?

Do you consume any caffeinated products (क्याफिन भएको खाद्य वा पेय लिनुहुन्छ)?..... If so, what and how much per day(प्रति दिन कुन कति लिनुहुन्छ) ?.....

Have you recently noticed an increase in sadness or gloominess(हालसालै दुखि र उदास महसुस गर्नु भएको छ) ?

Have you lost interest in enjoyable activities (नित्यकर्म र दैनिक गतिविधि मा रुचि हटेको छ)?

Authorization for Claims Payment and Reviews
दावी भुक्तानी र समीक्षाहरूको लागि अनुमति

1. **Assignment and Coordination of Insurance Benefits** - I agree to provide information regarding all group hospitalization, health maintenance organization, Workers' Compensation, automobile, and other health care benefits ("Insurance Plan(s)") to which I may be entitled. I hereby assign payment(s), if any, from my Insurance Plan(s) to Karuna Hospital Kathmandu (or its affiliate) and each of the independent contractor physicians and/or professional corporations for services rendered to me. The direct payment hereby assigned and authorized includes any Insurance Plan(s) benefits to which I am otherwise entitled, including any major medical benefits otherwise payable to me under the terms of my policy, but is not to exceed the balance due to the Karuna Hospital Kathmandu (or its affiliate), the independent contractor physicians and/or professional corporations for services rendered to me during the applicable periods of medical care.

बीमा लाभहरूको प्राप्ति र समन्वयको लागि नियुक्ति: म करुणा अस्पताल काठमाडौं वा सम्बद्धित लाई मैले बिमा वा अन्य मार्फत स्वास्थ्य उपचार वा अन्य प्रायोजनको पाउने अर्थ वा अन्य लाभ बारे जानकारी दिन मन्जुर छु। आजको मिति बाट नै करुणा अस्पताल लाई मेरो स्वास्थ्य उपचार गरे बापत को र अन्य ब्यबसायिक भुक्तानीको लागि मेरो बिमा वा अन्य संस्था बाट उपचार खर्च लिन को लागि अधिकार दिन्छु।

2. **Unauthorized, Non-Covered, or Out of Plan Services** - I understand if my Insurance Plan(s) does not consider this admission or any service rendered during this admission a covered service or has not authorized this service, they will not pay for this admission or the service rendered during this admission or outpatient visit. I agree to be fully responsible for payment to Karuna Hospital Kathmandu for this admission or any service if determined by my Insurance Plan(s) to be a non-covered service. I also understand and acknowledge that in the case of Out of Plan/Network services, there may be reduced benefits and I may be required to pay a larger co-payment, co-insurance or other charge. In the event my Insurance Plan(s) does not reimburse these services provided to me, I acknowledge I will be responsible for any remaining balance.

अनाधिकृत, बिमा पोलिसी मा नपरेका वा पोलिसी वा योजना बाहिरका सेवाहरू: बिमा कम्पनीले पोलिसी अन्तरगत वा बाहिरका सेवा हरूको हकमा अस्पतालले सेवा बापत जारी गरेको चलानी /बिल वा अस्पताल को अनुरोधलाई अस्विकार गरि उपचार खर्च आंशिक वा पूर्ण नतिरेको वा प्रतिक्रिया नदिएको खण्ड मा सम्पूर्ण वा बाँकि उपचार खर्च भुक्तानी गर्ने जिम्मा मा स्वयम् को हुनेछ र अस्पताल को नियम अनुसारको समय मा तिर्नेछु।

By signing below, I certify I have read and understand the foregoing, have had the opportunity to ask questions and have them answered and accept the above conditions and terms and I agree to pay all charges for which I may be legally responsible including, but not limited to health insurance deductibles, co-payments, and non-covered. I also agree in the event my account must be placed with an attorney or collection agency to obtain payment, I will pay the reasonable attorneys' fees and other collection costs incurred by Karuna Hospital Kathmandu.

तल हस्ताक्षर गरेर, म प्रमाणित गर्छु कि मैले माथिका कुराहरू पढेको र बुझेको छु, प्रश्नहरू सोध्ने मौका पाएको छु र माथिका सर्तहरू स्वीकार गरेको छु। कानुनी रूपमा जिम्मेवार भइ करुणा अस्पताल काठमाडौं लाई तिर्नु पर्ने सके सबै शुल्कहरू तिर्न सहमत छु। स्वास्थ्य बिमा वा अन्य संस्था बाट अस्पताल लाई मेरो स्वास्थ्य उपचार वा अन्य खर्च आंशिक वा पूर्ण भुक्तानी नभएको अवस्थामा खर्च तिर्ने दायित्व मेरो हो भनेर बुझेको छु। अस्पताल वा सम्बद्धित संस्थाले कानुनी प्रक्रिया वा एजेन्सीमा मार्फत भुक्तानी प्राप्त गर्नु पर्ने भएमा त्यस कार्यको लागि भएको अस्पताल वा सम्बद्धित को कानुनी र लजिस्टिक/रसद खर्च समेत तिर्न सहमत छु।

Patient or Authorized Guardian's Signature (बिरामी वा बिरामी को आधिकारिक व्यक्ति):.....

Name (नाम):

दाँया

बाँया

Date (मिति):

Relationship to Patient (बिरामी संग को नाता):

(बिरामी वा बिरामीको आधिकारिक व्यक्ति को परिचय खुल्ने नेपाल सरकार मातहतका कार्यालयले जारी गरेको कागजात अनिवार्य रूपमा फोटो कपी गरी दिनुपर्नेछ।

Please provide a photocopy of a government issued document showing personal information)