NH DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Vaccinate for Life!

न्यू ह्याम्पशायर प्रतिरक्षण/खोप रजिष्ट्रीमा
सहभागी नहुने छनोट गर्नुहोस्

☐ मैले **न्यू ह्याम्पशायर प्रतिरक्षण/खोप रजिष्ट्रीमा सहभागी नहुने छनोट गर्छु।**

☐ मैले **न्यू ह्याम्पशायर प्रतिरक्षण/खोप रजिष्ट्रीमा मेरो बच्चालाई सहभागी नगराउने छनोट गर्छु।**

म यो निर्णयले मलाई र मेरो बच्चालाई खोपहरू प्राप्त गर्न बाट रोक्ने छैन भन्ने बुझ्दछु।

मैले मेरो हालको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा उपलब्ध गराइएको "न्यू ह्याम्पशायर प्रतिरक्षण/खोप रजिष्ट्रीमा सहभागी नहुने पहिलेको निर्णय रिभर्स गर्ने" फाराम पूरा गरेर कुनै पनि समयमा मेरो निर्णय रिभर्स गर्न सक्छु भन्ने म बुझ्दछु।

म मेरो वा मेरो बच्चाको प्रतिरक्षण/खोप जानकारीलाई न्यू ह्याम्पशायर प्रतिरक्षण/खोप रजिष्ट्रीमा खुलासा गरिने छैन भन्ने बुझ्दछु।

मिति: _____

बिरामीको नाम (छापिएको): _____

बिरामीको नाम (हस्ताक्षर): _____

अभिभावकको नाम यदि व्यक्ति
18 वर्ष उमेर मुनिको भएमा(छापिएको): _____

अभिभावकको नाम यदि व्यक्ति
18 वर्ष उमेरको भएमा(हस्ताक्षर): _____

हालको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकद्वारा साक्षी: _____

रजिस्ट्रीमा सहभागी हुन अस्वीकार छनोट गरेका बिरामीहरूलाई RSA 141-C:20-a र He-P 301.14 मा तोकिएको हालका खोप आवश्यकताहरू अनुपालना गर्ने दायित्वबाट मुक्त गरिएको छैन।

हालको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकद्वारा पूरा गर्नुपर्नेछ:

विद्युतीय मेडिकल रेकर्डमा प्रविष्ट गरिएको मिति: _____
प्रथमाक्षरहरू: _____