

हिपा - गोपनीयताको जानकारी (HIPAA – Notice Privacy)

यो जानकारीले तपाईंका चिकित्सकिय विवरणहरू कसरी प्रयोगमा ल्याउन सकिन्छ तथा खुलासा गरिन्छ र यी विवरणहरूसम्म तपाईंको पहुँच हुन्छ भन्ने व्याख्या गरेको छ । कृपया समीक्षा गर्नुहोस् । संशोधित ११/२०/२०१३

यो गोपनीयताको नियम-पालनासम्बन्धी सूचना भनेको कसैलाई दिएको अधिकारनामा होइन । यो गोपनीयताको नियम-पालनासम्बन्धी सूचनाले कसरी हामी, हाम्रा सह-व्यवसायिक संस्थाहरू र उनीहरूका सहायक-ठेकेदार संस्थाहरू उपचार, भुक्तान वा स्वास्थ्यसेवा संचालन र अनुमतिप्राप्त वा कानूनले आवश्यक ठानेका अन्य उद्देश्यका लागि तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PHI) को प्रयोग र खुलासा गर्छन् भनी वर्णन गरेको छ । यसले तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमा पहुँच र नियन्त्रण गर्ने अधिकारबारे पनि व्याख्या गर्छ । संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी भनेको तपाईंको जानकारी हो, जसमा जानसांख्यिक जानकारी, जसले तपाईंको परिचय दिन सक्छ र जो तपाईंको विगत, वर्तमान वा भविष्यको शारीरिक वा मानसिक स्वास्थ्य वा अवस्था र सम्बन्धित स्वास्थ्योपचार सेवाहरूबारे जानकारी हो ।

संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीका प्रयोग र खुलासाहरू

तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी तपाईंका चिकित्सक, हाम्रा कार्यालयका कर्मचारी र तपाईंको सेवा र उपचार उपलब्ध गराउने उद्देश्य पूरा गर्न संलग्न हुने, हाम्रो कार्यालयबाहिरका व्यक्ति जो तपाईं स्वास्थ्योपचारको खर्च भुक्तान गर्छन्, चिकित्सकको काममा सहायता गर्छन्, र अरु कानूनले आवश्यक ठानेको व्यक्तिले प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छन् ।

उपचार

हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग र खुलासा तपाईंको स्वास्थ्योपचार र अन्य सम्बन्धित सेवाहरू उपलब्ध गराउन, संयोजन गर्न वा व्यवस्थापनका लागि गर्छौं । यसमा तेस्रो पक्षसँग तपाईंको स्वास्थ्योपचारको संयोजन वा व्यवस्थापन पनि पर्छ । जस्तो: तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी ती चिकित्सकलाई उपलब्ध गराउन सक्छ, तपाईंलाई जसकहाँ गएर थप उपचार गराउन सिफारिश गरिएको हुन्छ, जसले तपाईंको बिमार पहिचान वा निदान गर्न पर्याप्त जानकारी हुन्छ ।

यस अतिरिक्त तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी बेला-बेला अन्य चिकित्सक वा स्वास्थ्य-सेवा प्रदायक (जस्तो: विशेषज्ञ वा प्रयोगशाला / ल्याब) लाई दिनुपर्ने हुन्छ, जसले तपाईंको चिकित्सकको अनुरोधमा तपाईंको बिमार पहिचान वा निदानमा उहाँलाई सहायता गर्छन् ।

भुक्तानी

तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी आवश्यकता परेका खण्डमा तपाईंको स्वास्थ्य-सेवाको भुक्तानीका लागि प्रयोग गरिनेछ । जस्तो: अस्पतालको उपचार-प्रक्रिया वा अस्पतालमा रहनका लागि स्वीकृति प्राप्त गर्न तपाईंको प्रासंगिक संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गरी उपचार-प्रक्रिया वा अस्पताल भर्नाको स्वीकृति लिन सकिन्छ ।

स्वास्थ्योपचार प्रक्रियाहरू

आवश्यकताअनुसार हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी तपाईंका चिकित्सकको पेशागत व्यावसायिक गतिविधिहरूमा सहायता गर्दा प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं । यस्ता गतिविधिहरूमा, यी मात्रमा सीमित नहुने गरी, गुणात्मक निर्धारण गतिविधिहरू, ग्राहक-सेवासम्बन्धी कर्मचारीहरूको कार्य-सम्पादनको मूल्याङ्कन, छात्र-छात्रा प्रशिक्षण, प्रमाणपत्रको काम, अर्थ संकलन, र अन्य व्यावसायिक गतिविधिहरूको सञ्चालन वा व्यवस्थापन पर्छन् । उदाहरणका लागि, दर्ता-शाखाको प्रवेश-खातामा हामी आफ्नो नाम दर्ता गराउनुहोस् र कुन चिकित्सकलाई जवाबदे हो भन्ने जनाउनुहोस् पनि भन्नसक्छौं । तपाईं प्रतिका-कक्षमा बसेका बेला जाँचन चिकित्सक तयार भएपछि हामी तपाईंलाई नाम भनेर बोलाउन पनि सक्छौं ।

आवश्यकताअनुसार हामी तपाईंको स्वास्थ्योपचारका लागि मिलाइएको समय (अप्वाइन्टमेन्ट) आउन लागेको सम्झाउन वा तपाईंलाई फाइदा हुनसक्ने उपचारका विकल्पका जानकारीहरू वा तपाईंको रुचिका स्वास्थ्यसम्बन्धी सुविधाहरू र सेवाहरूका लागि सम्पर्क गर्नका लागि संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं । यदि तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी अर्थ संकलन गतिविधिमा प्रयोग वा खुलासा गर्छौं भने तपाईंलाई यस्ता गतिविधिबाट बाहिरै रहने विकल्प दिन्छौं । तपाईंसँग फेरि गतिविधिमा फिर्न पाउनु हुन्छ ।

हामी यस्ता परिस्थितिहरूमा भने तपाईंको स्वीकृति बिना नै तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं । ती परिस्थितिहरूमा निम्न पर्छन्:

- कानुनी रूपमा आवश्यक
- कानुनी रूपमा आवश्यक जनस्वास्थ्यका विषयहरू
- सरुवा रोगहरू
- स्वास्थ्य निगरानी
- दुर्व्यवहार वा उपेक्षा (हेला)
- खाद्य र औषधि प्रशासन (Food and Drug Administration) का आवश्यकताहरू

- कानुनी कार्याहीहरू
- कानुन कार्यान्वयन
- मृत्यु छानबिन-कर्ता (Coroners)
- मृत्युसंस्कार निर्देशकहरू (Funeral Directors)
- अंग दान
- अनुसन्धान
- आपराधिक क्रियाकलाप
- सैन्य गतिविधि
- राष्ट्रिय सुरक्षा
- कर्मचारी क्षतिपूर्ति
- कैदीहरू
- आवश्यक प्रयोगहरू तथा खुलासाहरू

कानुनअनुसार तपाईंको अनुरोधमा तपाईंलाई खुलासा गर्नुपर्छ । कानुनअनुसार हामीले कुनै आवश्यकताहरू पूरा गरे / नगरेको अनुसन्धान गर्न वा जाँचन स्वास्थ्य र मानव सेवा विभाग (Department of Health and Human Services) का सेक्रेटरीले मागे पनि हामीले तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्नुपर्छ ।

हामी विभिन्न पेशागत गतिविधिहरू (उदाहरण: बिलिड, प्रतिलिपि सेवाहरू) मा संलग्न तेस्रो पक्ष "व्यापार सहयोगिहरू" सँग तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी बाँडफाँट गर्नेछौं । हाम्रो कार्यालय र व्यापार सहयोगीबीच हुने प्रबन्धमा संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासा गर्ने भए, हामीबीच तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी सुरक्षित राख्ने शर्त भएको लिखित करारनामा हुनेछ ।

तपाईंको स्वास्थ्योपचारमा अरूको संलग्नता:

तपाईं असहमत भएको अवस्थाबाहेक हामी तपाईंको परिवारको सदस्य, नातेदार, हितैषी साथी वा तपाईंले चिनेको अरू व्यक्ति जो स्वास्थ्योपचारमा सिधै संलग्न छन्, उनीहरूलाई तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी खुलासा गर्न सकिनेछ । यदि तपाईं यस्तो जानकारी खुलासाका लागि सहमत हुन वा नाइनास्ती गर्न असक्षम हुनुहुन्छ भने हामी उक्त जानकारी आवश्यक ठानी तपाईंको उत्तम हितका लागि हाम्रो व्यावसायिक विवेक प्रयोग गरेर खुलासा गर्न सक्छौं । परिवारको सदस्य, व्यक्तिगत प्रतिनिधि वा कुनै अर्को व्यक्ति जो तपाईंको भएको ठाउँ, सामान्य अवस्था स्याहार गर्ने वा मृत्युमा जिम्मेवार व्यक्तिलाई सूचित वा जानकारीमा सहयोग गर्न हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा गर्न सक्छौं । अन्तमा हामी तपाईंको संरक्षित जानकारी कुनै आधिकारिक सार्वजनिक वा नीजि अस्तित्वमा रहेका विपत्ति उद्धार प्रयासहरूमा र परिवार तथा तपाईंको स्वास्थ्योपचारमा संलग्न व्यक्तिहरूको समन्वयमा प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं ।

आपातकालिन: हामी आपतकालिन उपचार गर्ने अवस्थामा पनि तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासा गर्छौं । यदि यस्तो भयो भने चिकित्सकले उपचार सकेलगत्तै यथोचित व्यवहारिक रूपमा तपाईंको मञ्जुरी लिने कोशिश गर्नुहुनेछ । कानुनले आवश्यक ठानेको अवस्थामा यदि तपाईंका चिकित्सक वा अर्का चिकित्सकले उपचार गर्नुहुन्छ भने तपाईंको मञ्जुरी लिने कोशिश गर्नु भएको हो, तर मञ्जुरी लिन सक्नुभएन भने उहाँले तपाईंको उपचारका लागि तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासा गर्नु हुनेछ ।

संवाद अवरोधहरू: यदि उपचारमा संलग्न तपाईंका चिकित्सक वा अर्का चिकित्सकले तपाईंको मञ्जुरी लिने कोशिश गर्नु भएको हो, तर पर्याप्त संवाद नभएका कारण मञ्जुरी लिन सक्नुभएन भने यस्तो परिस्थितिमा चिकित्सकले आफ्नो व्यावसायिक विवेक प्रयोग गरेर तपाईंबाट मञ्जुरी पाउने अभिप्रायसहित हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासा गर्न सक्छौं ।

अन्य अनुमति-प्राप्त तथा अनिवार्य प्रयोगहरू र खुलासाहरू कानुनले अनिवार्य गरेको अवस्थाबाहेक तपाईंको सहमति, अधिकारनामा वा अस्वीकार गर्ने मौकासहित मात्र गरिनेछ । तपाईंको अधिकारनामा बाहेक व्यावसायिक प्रयोगका लागि हामी तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासा स्पष्ट निषेध गर्छौं । तपाईंको अधिकारनामा बिना तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी बेच्न सक्दैनौं । तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमा भएको मनोचिकित्सा टिप्पणी प्रयोग वा खुलासा गर्ने छैनौं । तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमा भएको वंशाणुसम्बन्धी जानकारीहरू कुनै लेखनमा प्रयोग वा खुलासा गरिनेछैन ।

तपाईं यो अधिकारनामा कुनै बेला खारेज गर्न सक्नुहुन्छ, त्यो लिखित हुनुपर्छ, तपाईंको चिकित्सक वा चिकित्सकको पेशामा लिइने कुनै कार्य भरोसामा केही हदसम्म लागि जनाइए अधिकारनामामा उल्लेख भएबाहेक हुन्छ ।

तपाईंका अधिकारहरू

तपाईंको संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको सुरक्षाका लागि तपाईंको हकमा निम्न अधिकार हुन्छन्:

तपाईंलाई आफ्नो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको निरीक्षण गर्न र त्यसको प्रति माग्ने अधिकार छ (शुल्क लाग्न सक्छ) तपाईंसँग आफ्नो लिखित अनुरोधमा संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको निरीक्षण गर्न र कागजी वा विद्युतीय ढाँचा त्यसको प्रति पाउने अधिकार छ ।

तथापि संघीय कानूनअनुसार तपाईंले यस्ता विवरणको निरिक्षण गर्न वा प्रति पाउन सक्नुहुने छैन: मनोचिकित्साको टिप्पणीहरू, प्रतिफलको आशामा संकलित जानकारी, वा प्रयोग, नागरिक, आपराधिक वा प्रशासनिक कार्य वा विधि, कानूनले सुरक्षित गरेको प्रतिबन्धित स्वास्थ्य जानकारी, चिकित्सा अनुसन्धानसम्बन्धी जानकारी जसमा तपाईं सहभागी हुन सहमत हुनुभएको हो, त्यस्ता जानकारी जसले तपाईं वा अरु व्यक्तिलाई हानी वा नोक्सानी गर्छ, गोपनीय राख्ने शर्तमा प्राप्त जानकारी ।

तपाईंलाई आफ्नो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीमाथि बन्देजका लागि अनुरोध गर्ने अधिकार छ । यसको अर्थ हामीलाई तपाईंले आफ्नो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको कुनै अंश उपचार, भुक्तानी वा स्वास्थ्योपचारका कार्यहरूमा प्रयोग वा खुलासा नगरियोस् भन्न सक्नुहुन्छ । तपाईंले आफ्नो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको कुनै अंश तपाईंको स्याहारमा संलग्न परिवारका सदस्य वा साथीहरूलाई खुलासा नगरियोस् भन्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको अनुरोधमा प्रतिबन्धको आधार र कसलाई प्रतिबन्ध लगाउनु चाहनुहुन्छ सो तोकिएको हुनुपर्छ । यदि तपाईंले सेवाका लागि पूरै शुल्क आफ्नो खल्तीबाट तिर्नुभएको छ भने मात्र तपाईंका चिकित्सकले तपाईंले संरक्षित स्वास्थ्य जानकारीबारे गरेको बन्देजको अनुरोध मान्नुहुन्छ ।

हामीसँग वैकल्पिक माध्यम वा वैकल्पिक स्थानबाट गोप्य सञ्चारको अनुरोध गर्ने अधिकार छ । हामी व्यावहारिक अनुरोधको पालना गर्नेछौं । हामी तपाईंसँग जानकारी लिएर हाम्रा भुक्तानी वा भुक्तानी विधि वा सुपुर्दगी वा वैकल्पिक ठेगाना वा सम्पर्क वा सम्पर्क विधिको शर्त बताउन सक्छौं ।

तपाईंको अनुरोधमा तपाईंले यो जानकारीको प्रति प्राप्त गर्न पाउने अधिकार छ । हामीसँग यो सूचनाका शर्तहरू परिवर्तन गर्ने अधिकार आरक्षित छ र हामी तपाईंलाई आउँदो अप्वाइन्टमेन्ट त्यस्तो परिवर्तनको जानकारी दिनेछौं । तपाईंले चाहनुभयो भने हामी तपाईंलाई नयाँ सूचनाको प्रतिलिपि दिन पनि सक्छौं ।

तपाईंलाई आफ्नो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी संशोधनका लागि अनुरोध गर्न पाउने अधिकार छ । केही अवस्थाहरूमा हामी तपाईंको संशोधनको अनुरोध अस्वीकार गर्न सक्छौं । हामीले संशोधन अस्वीकार गरेमा तपाईंलाई हामीसँग असहमतिको उजुरी दर्ता गर्ने अधिकार छ र तपाईंको उजुरीको हामी खण्डन गर्नसक्छौं र त्यस खण्डनको प्रति तपाईंलाई उपलब्ध गराउन सक्छौं ।

तपाईंलाई हामीले खुलासा गरेका केही स्वास्थ्य जानकारीको रूजु गर्न पाउँ भनी अनुरोध गर्न पाउने अधिकार हुन्छ । खुलासाको रूजुको अनुरोध गर्दा कागजी वा इलेक्ट्रोनिक रूपमा गर्न सक्नुहुन्छ, अधिकारनामाका आधारमा, उपचार, भुक्तान, स्वास्थ्यसेवाका विधिहरूका खुलासाहरूबाहेक, तपाईंले अनुरोधमा अनुरोध गरेको मितिले ६ वर्षभन्दा बढी नहुने गरी समय-अवधि खुलाएको हुनुपर्छ ।

उजुरीहरू

यदि तपाईंलाई हामीले तपाईंको गोपनीयता अधिकार उल्लंघन गरेको जस्तो लाग्यो भने उजुरी गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंले आफ्नो उजुरी सम्मति अधिकारीलाई सूचित गर्दै लिखित रूपमा दर्ता गर्न सक्नुहुन्छ । **तपाईंले उजुरी दर्ता गर्नुभयो भनेर हामी तपाईंसँग बदला लिंदैनौं ।**

हामीलाई बिरामीको स्वास्थ्य जानकारीको गोपनीयता कायम राख्न, व्यक्तिहरूलाई प्रदान गर्न र यो सूचनासँग व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य जानकारीका सम्बन्धमा कानुनी दायित्व एवम् गोपनीयतासम्बन्धी रिवाजहरू प्रदान गर्न कानूनले अनिवार्य गरेको छ ।

सम्मति अधिकारी (Compliance Officer) को सम्पर्क जानकारी तल दिइएको छ:

माओ भ्यू (Mao Vue) इमेल: mvue@asiaohio.org

फोन: ३३०.५३५.३२६३ (330-535-3263)

गोपनीयताको जानकारी पहिलोपटक लागू भएको मिति २० नोभेम्बर, २०१३ हो ।



International Community
Health Center

अधिकारनामा फारम

नाम: _____

एमआर#: _____

अधिकारनामा

यस आवेदनमा बुझाइएको जानकारी गोप्य हो र तपाईंको वर्तमान स्थिति समीक्षा गर्न प्रयोग गरिनेछ ।

प्रतिनिधित्वका लागि अधिकारनामा

उद्देश्य

म यहाँ हस्ताक्षर गरेर इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरका कर्मचारीहरूलाई मेरा चिकित्सकीय तथा आर्थिक जानकारीबारे छलफल गर्न र उनीहरूको अनुसन्धान गर्ने प्रयासमा त्यस्ता जानकारीका प्रतिहरू उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु ।

जानकारी खुलासाका लागि अधिकारनामा

औषधोपचारसम्बन्धी जानकारी

यो अधिकारनामामा इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरलाई सबै क्लिनिक तथा चिकित्सकीय जानकारी, इलेक्ट्रोकार्डियोग्रामहरू, खोपहरू र एलर्जीका विवरण, ल्याब-जाँचहरू, एक्स-रेहरू र आँखा जाँचेका विवरणहरू पर्छन् ।

म इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरलाई मानसिक स्वास्थ्य, रक्सीसेवन, एचआईभी (एड्स), लागू पदार्थ तथा मेरो फाइल सम्बन्धित विकास असक्षमताबारे जानकारीको खुलासा गर्ने पनि विशेष अनुमति दिन्छु ।

आर्थिक जानकारी

यो अधिकारमा इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरलाई वित्तीय विवरणहरू, व्यावसायिक विवरणहरू, पहिले वा अहिलेका रोजगारदाताबाट तलब भुक्तान वा सुविधा जानकारी, बैंकहरू वा अन्य वित्तीय संस्थाहरू, क्रेडिट ब्युरोहरू वा सरकारी निकायहरूबाट प्राप्त जानकारीको खुलासा गर्ने समावेश छन् । यो खुलासा कुनै पनि स्वास्थ्य बिमा र उचित बिलिड पुष्टि गर्ने उद्देश्यका लागि हो ।

अरु सम्बन्धित जानकारी

अन्ततः म इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरलाई मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, व्यावसायिक, पुनःस्थापना, वा शैक्षिक रिपोर्ट, आँकलन वा मूल्याङ्कनसहितका कुनै अरु सम्बन्धित जानकारी खुलासा गर्ने अधिकार दिन्छु ।

म मेरा माथिका जानकारी हस्ताक्षर भएको मितिले र मेरो हस्ताक्षरको मिति सहित, र हस्ताक्षर भएको एक वर्षसम्मका लागि खुलासा गर्ने अधिकार दिन्छु ।

अधिकारनामा बर्खास्त गर्न मेरातर्फ बाट लिखित सूचना चाहिन्छ भन्ने मैले बुझेको छु । यस अधिकारनामाको प्रतिलिपि यसको सङ्कलन जस्तै प्रभावकारी हुन्छ भन्ने पनि मैले बुझेको छु ।

म यहाँ हस्ताक्षर गरेर माथिका जानकारी सत्य भएको र मेरो विवेकले भ्याएँसम्म यो साँचो एवं पूर्ण भएको प्रमाणित गर्छु ।

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

रैछिछकः

म _____, लाई अधिकार दिन्छु, जो मेरो _____, भएकाले उहाँलाई मेरो
(नीजको नाम) (नाता खुलाउनुहोस्)

आवेदनको अवस्थाबारे इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरका कुनै कर्मचारी सदस्यसँग छलफल गर्ने अधिकार पनि दिन्छु ।

यदि हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति बिरामीभन्दा फरक भए, नाता र हस्ताक्षर गर्न पाउने अधिकार कसरी पाएको हो खुलाउनुहोस् ।

बिरामी: नाबालक / असक्षम / अपांग हो । तपाईंको अधिकार: माता-पिता / कानुनी / कानुनी अभिभावक हो ।

आइसिएचसीका प्रतिनिधिहरूका लागि

नाम (नाम लेख्नुहोस्) _____ हस्ताक्षर: _____ मिति: _____



मञ्जुरीनामा फारम

बिरामीको नाम: _____

मेडिकल रेकर्ड # _____

१. उपचार गर्ने मञ्जुरी: _____ (नाम-थरको छोटकरी)

म आजको मितिदेखि इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टर र यसका समावेश सबै विभागलाई हेल्थ सेन्टरको नीति र कार्यविधिअनुसार मलाई आवश्यक ठानिने कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा एवम् उपचार गर्न अधिकार प्रदान गर्छु । मलाई सिफारिश गरिएका कुनै वा सबै उपचार इन्कार गर्ने मेरो अधिकार छ भन्ने मैले बुझेको छु ।

२. औषधोपचारका विवरणहरू प्रयोग गर्ने मञ्जुरी: _____ (नाम-थरको छोटकरी)

मेरा स्वास्थ्य जानकारी इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरभित्रका विभिन्न विभागमा आपसमा प्रयोग गर्न सकिनेछ भन्ने मैले बुझेको छु । उक्त जानकारी मेरो स्वास्थ्य हेरविचार मूल्यांकन र व्यवस्थापनमा सहायता गर्न मात्र प्रयोग गरिनेछ ।

म मेरो चिकित्सा उपचारका समयमा कुनै पनि समयमा, एक विशेषज्ञलाई सिफारिश गर्न आवश्यक भए, मेरा निश्चित प्रयोगशाला परिणामहरू र / वा चिकित्साका पूर्ण विवरणहरू विशेषज्ञ पठाउनुपर्ने हुनसक्छ भन्ने पनि मैले बुझेको छु । यो मेरो पूर्ण मूल्यांकनमा सहायता गर्नका लागि मात्रै गरिनेछ ।

म आजको मितिदेखि इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरलाई मेरा चिकित्सा विवरणहरू लेखा-समीक्षा र / वा मूल्यांकनको प्रयोजनका लागि समीक्षा गर्ने लक्ष्यसहित खुलासाको अधिकार प्रदान गर्दछु । (यो समीक्षाको लक्ष्य बिरामीको हेरविचार अभिवृद्धि गर्न र व्यवस्थित हेरविचार आवश्यकताहरू अनुरूप चलाउनु हो ।) म मेरो नाम वा ठेगाना कुनै परिचय यस समीक्षा प्रक्रियाका समयमा समावेश गरिनेछैन भन्ने मैले बुझेको छु ।

३. गोपनीयता: _____ (नाम-थरको छोटकरी)

इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरले मेरो चिकित्सा जानकारीको नीजि तथा गोप्य राख्न धेरै सख्त नीति लिएको छ भन्ने मैले बुझेको छु । मैले इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरको नीजि तथा गोप्य राख्ने नीति पाएको र मैले उक्त नीतिको समीक्षा गरेको छु ।

यो मञ्जुरीनामाको सम्पूर्णता मैले इन्टरनेसनल कम्युनिटी हेल्थ सेन्टरबाट नियमित स्वास्थ्योपचार पाउन्जेलसम्म प्रभावकारी रहन्छ भन्ने मैले बुझेको छु ।

_____ **बिरामीको हस्ताक्षर**

_____ **मिति**

_____ **माता-पिता/अभिभावकको हस्ताक्षर**

_____ **साक्षीको हस्ताक्षर**