

Hopewell Health Centers, Inc.

मूल्याङ्कन र उपचारको लागि सहमति

Hopewell Health Centers (HHC) हाम्रो समुदायका बासिन्दाहरूलाई प्राथमिक हेरचाह, दन्त र मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू उपलब्ध गराउन समर्पित छ। किनभने शारीरिक र भावनात्मक समस्याहरू प्रायः सँगै हुन्छन्, कि स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूले सँगै काम गर्दा उत्तम हेरचाह प्रदान गरिन्छ भन्ने हामी विश्वास गर्छौं। HHC बिरामीहरूलाई HHC उपचार टोलीभित्रका अन्य स्वास्थ्य हेरचाह विशेषज्ञ सेवा प्रदायकहरूलाई पठाउन सकिन्छ।

आपतकालीन अवस्थामा बाहेक अपोइन्टमेन्ट लिएका बिरामीहरूलाई मात्र हेर्न सकिन्छ। यदि बिरामीहरूले आफ्नो अपोइन्टमेन्टको समयमा उपस्थित हुन सक्दैनन् भने उनीहरूले पहिले नै फोन गर्नुपर्छ।

HHC ले उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि बिरामीको जानकारी प्रयोग र साझा गर्नेछ, अन्यथा बिरामी (नाबालिगको हकमा अभिभावक वा कानूनी संरक्षक) ले लिखित अनुमति नदिएसम्म बिरामीको बारेमा जानकारी परिवार र साथीहरू सहित HHC बाहिर कसैलाई दिइने छैन। यद्यपि, हामी बिरामीको जानकारी बिरामीको अनुमतिबिना अरूलाई दिन सक्छौं यदि:

- 1) बिरामीले आफूलाई वा अरूलाई खतरा बनाउँछ।
- 2) बिरामीले आफूलाई हानीको जोखिमबाट जोगाउन असमर्थ भएमा।
- 3) बिरामी सरकारी निकाय वा सुविधाको कानूनी हिरासतमा भएमा।
- 4) बाल दुर्व्यवहार, वृद्ध दुर्व्यवहार वा विकासमा समस्या भएका व्यक्तिको दुर्व्यवहारको प्रमाण भएमा।
- 5) अदालतको आदेशान्तर्गत बिरामीको क्लिनिकल रेकर्डहरू अनुरोध गरिएमा।
- 6) गोपनीयता अभ्यासको सूचनामा उल्लेख गरिएअनुसार अन्य क्षेत्रहरू।

सबै सेवाहरूको लागि शुल्कहरू लाग्नेछ र बिरामीहरूलाई भेटेको दिनमा शुल्क तिर्न भनिन्छ। स्वास्थ्य बीमा नीतिहरूले शुल्कको एक भाग कभर गर्न सक्छ र कर्मचारीहरूले बिरामीलाई बीमा दाबी गर्न मद्दत गर्नेछन्। बिरामीहरूलाई HHC कर्मचारीहरूलाई आर्थिक स्थितिमा भएको परिवर्तनको बारेमा बताउन भनिएको छ।

यस सुविधाका व्यावसायिक कर्मचारीहरूले बिरामीले दिएको बयान, बिरामीको चिकित्सा इतिहास र अन्य जानकारीमा उसको अवस्था मूल्याङ्कन गर्न र उत्तम उपचारको बारेमा निर्णय गर्न निर्भर हुनेछ। बालबालिका र किशोरकिशोरीहरूको मूल्याङ्कन र उपचारको लागि प्रायः अभिभावक(हरू) र/वा परिवारका अन्य सदस्यहरूको संलग्नता आवश्यक हुन्छ।

उचित पहिचान सुनिश्चित गर्न बिरामीको फोटो खिच्न सकिनेछ। HHC मा केही सेवाहरूमा टेलिमेडिसिन उपकरणको प्रयोग र भौतिकरूपमा उपचारस्थलमा नभएका प्रदायकहरूसँग अन्तरक्रिया समावेश हुनसक्छ। यी सत्रहरू उच्च-गतिका सुरक्षित, डेडिकेटेड लाइनहरूमार्फत् प्रसारित हुन्छन् जसको भिडियो रेकर्ड गरिएको हुँदैन, इन्टरनेटमार्फत् रूट गरिएको वा कुनै पनि तरिकाले सेभ गरिएको हुँदैन।

स्वास्थ्य व्यवसायहरू सटीक विज्ञान होइनन् र प्रदायकद्वारा प्रस्तावित उपचारको बारेमा कुनै ग्यारेन्टीहरू बनाइएका छैनन्। फाइदाहरू, जोखिमहरू, उपलब्ध विकल्पहरू वा गोपनीयताको सीमाहरूबारे कुनै पनि प्रश्नहरू उपचार कर्मचारीहरूलाई प्रत्यक्ष रूपमा सोध्नुपर्छ।

बिरामीहरूको उपचारमा एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षणहरू, EKGहरू वा मनोवैज्ञानिक परीक्षणहरू लगायतका अध्ययनहरू आवश्यक हुन सक्छन्। कुनै पनि औषधि लिँदा जोखिमहरू समावेश छन् र औषधिहरूको बारेमा कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ चिकित्सा कर्मचारीहरूले दिनेछन्।

म 18 वर्ष वा सोभन्दा माथिको छु, म सबै स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि सहमति दिन सक्छु; अन्यथा मेरो अभिभावक वा कानूनी संरक्षकले निश्चित परिस्थितिहरू बाहेक सेवाहरूको लागि सहमति दिन आवश्यक हुनेछ।

यो फारममा हस्ताक्षर गरेर (आवश्यक भएमा अभिभावक वा कानूनी संरक्षकको हस्ताक्षर), म सहमत छु कि मैले यो फारम पढेको छु वा मलाई पढेर सुनाइको र/वा मलाई व्याख्या गरिएको छ, मैले यो बुझेको छु र मैले सोधेका कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिइएको छ। म जानकारी उपलब्ध गराउनमा सत्यवादी हुन सहमत छु भनी बुझ्छु।

तसर्थ, HHC पेशेवर कर्मचारीले निर्णय गर्ने कुनै पनि अध्ययन वा प्रक्रियाहरूसहित, म आफैं र/वा मेरो बच्चाको लागि मूल्याङ्कन र उपचारको लागि आग्रह गर्छु र सहमत छु।

बिरामी वा संरक्षकको हस्ताक्षर

सफा अक्षरमा नाम

मिति

बिरामीको जन्ममिति