

Hopewell Health Centers, Inc.

स्वास्थ्य जानकारी गोपनीयता अभ्यासहरूको प्राप्तिको लागि बिरामी स्वीकृति फारम

म, _____, बुझ्छु कि मेरो (वा मेरो बच्चाको) स्वास्थ्य हेरचाहको एक
(बिरामी) (जन्ममिति)

भागको रूपमा, यस कार्यालयले मेरो स्वास्थ्य इतिहास, लक्षण वा चिकित्सा समस्याहरूको सूची, डाक्टरले मलाई गरेको परीक्षणको विवरण, मैले गरेको परीक्षणहरूको नतिजाहरू, मेरो निदान, उपचार, र उपचारको लागि कुनै पनि भविष्यका योजनाहरू वर्णन गर्ने स्वास्थ्य रेकर्डहरू राख्छ। म बुझ्छु कि यो रेकर्डले निम्नानुसार कार्य गर्दछ:

- मेरो हेरचाह र उपचारको योजना बनाउन मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको लागि एक तरिकाको रूपमा
- मेरो हेरचाहमा संलग्न सबै स्वास्थ्य पेशेवरहरूको लागि समान जानकारी प्राप्त गर्ने तरिकाको रूपमा
- जानकारी जुन मेरो बीमा कम्पनी वा मेरो हेरचाहको लागि भुक्तान गर्ने एजेन्सीलाई दिन सकिन्छ ताकि तिनीहरूले Hopewell Health Centers ले बिल गरेको सेवाहरू मैले प्राप्त गरेको कुरा सुनिश्चित गर्न सकून्,
- र Hopewell Health Centers को लागि एक तरिकाको रूपमा तिनीहरूले मलाई सम्भव भएसम्मको सबैभन्दा राम्रो हेरचाह प्रदान गर्दछन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न।

Hopewell Health Centers मा पनि नो शो नीति छ जुन जुन यसप्रकार छ:

- सबै बिरामीहरूले अपोइन्टमेन्ट रद्द गर्नको लागि 24 घण्टा पहिले नै फोन गर्नुपर्छ
- जवाफ दिने स्वचालित सेवामा सन्देश नछोड्नुहोस्, तपाईंले कार्यालयका कर्मचारीहरूसँग कुरा गर्नुपर्छ
- नो शो गर्ने मेडिकल र व्यवहार स्वास्थ्यका नयाँ बिरामीहरूले 3 महिनाको लागि पुनः तालिका बनाउन सक्दैनन्
- नो शो गर्ने दाँतका नयाँ बिरामीहरूले 6 महिनाको लागि पुनः तालिका बनाउन सक्दैनन्
- 12 महिनाको अवधिमा 3 वटा नो शो गर्नेलाई कुनै पनि अभ्यासबाट खारेज गरिन सक्छ

मलाई सूचना गोपनीयता अभ्यास र बिरामी आचार संहिताको सूचनाको प्रतिलिपि पनि दिइएको छ जसले माथि सूचीबद्ध वस्तुहरूको बारेमा थप बताउँछ। म बुझ्छु कि यदि मसँग यस जानकारीको बारेमा अहिले वा भविष्यमा कुनै प्रश्नहरू भएमा, म कर्मचारी सदस्यसँग कुरा गर्न सक्छु।

यदि म व्यवहार स्वास्थ्य अपोइन्टमेन्टमा उपस्थित हुन्छु भने मलाई उपभोक्ता हातेपुस्तिका दिइएको छ जसमा ग्राहकको अधिकारसम्बन्धी जानकारी पनि समावेश छ।

यो कागजात अन-स्क्रिन भर्दा, तपाईंले यो स्वीकृति खण्ड पूरा गर्नुपर्छ। नोट: "म स्वीकार गर्छु" चयन गरेर तपाईंले यो कागजातमा विद्युतीयरूपमा हस्ताक्षर गर्ने आफ्नो मनसाय पुष्टि गर्दै हुनुहुन्छ।

विद्युतीय हस्ताक्षरको स्वीकृति:

म स्वीकार गर्छु। म तलको हस्ताक्षर फिल्डमा मेरो नाम टाइप गरेर यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्दछु।

म स्वीकार गर्दिनँ। म प्रिन्ट गरेर कागजी प्रतिलिपिमा हस्ताक्षर गर्नेछु र मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई पठाउने वा मेल गर्नेछु।

बिरामी/साक्षीको हस्ताक्षर _____ मिति: _____

फारम खाली गर्नुहोस्