

सहमति तथा अधिकार प्रदान

1. बिरामी भर्ना तथा उपचारको लागि सामान्य सहति

1, तल हस्ताक्षर गरेर, म यसद्वारा स्वैच्छिक रूपमा उपस्थित चिकित्सक(हरू), अन्य मेडिकल कर्मचारी सदस्य र McLaren स्वास्थ्य सेवा सहायक ("McLaren") का स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको निर्णयमा आवश्यक मानिएअनुसारका शारीरिक परीक्षण र स्क्रिनिङ, निदान प्रक्रिया, औषधि प्रशासन, चिकित्सीय उपचारहरू, औषधि र अल्कोहल स्क्रिनिङ लगायतका सबै चिकित्सा र अस्पताल हेरचाह अनुरोध गर्दछु, सहमति दिन्छु र त्यसको अधिकार प्रदान गर्दछु। औषधिको अभ्यास सटिक विज्ञान होइन भन्ने मलाई थाहा छ र मैले प्राप्त गरेको हेरचाह र उपचारको नतिजाको सम्बन्धमा मलाई कुनै ग्यारेन्टी गरिएको छैन भन्ने स्वीकार गर्दछु।

म यसद्वारा McLaren लाई मेरो भ्रमणको क्रममा मेरो शरीरबाट लिइएका कुनै पनि नमूना वा तन्तुहरूलाई वैज्ञानिक वा शिक्षण प्रयोजनका लागि राख्न, संरक्षण गर्न र प्रयोग गर्न वा आफ्नो विवेक वा सुविधा अनुसार व्यवस्थापन गर्न अधिकार दिन्छु। म McLaren लाई उपचारको क्रममा निदान, उपचार सिफारिस र/वा कागजात र पहिचानको उद्देश्यका लागि मेरो फोटो, फिल्म लिन र/वा मलाई रेकर्ड गर्न अधिकार दिन्छु। मैले बुझेको छु कि तस्वीर, फिल्म र/वा रेकर्डिङहरू लगायतका मेडिकल रेकर्डमा सबै कागजातहरू मेडिकल रेकर्डको स्थायी भागको रूपमा राख्न सकिन्छ र मामिला अध्ययन र शिक्षाका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ। धेरैजसो McLaren सुविधास्थलहरू शिक्षण संस्थाहरू हुन् र त्यहाँ गरिने चिकित्सा र शल्यचिकित्सा प्रक्रियाहरूमा धेरै स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूको अवलोकन, सहकार्य र सेवाहरू आवश्यक हुन सक्छ भन्ने मलाई सूचित गरिएको छ र मैले यो बुझेको छु। म त्यस्ता व्यक्तिहरूलाई यो अवलोकन, सेवा र हेरचाह गर्न अधिकार दिन्छु।

2. सङ्क्रमण परीक्षणका लागि सहमति

मैले बुझेको छु कि यदि आपतकालीन जवाफदाता, स्वास्थ्य सेवा व्यवसायी वा अन्य स्वास्थ्य सुविधास्थलको कर्मचारी मेरो रगत वा शरीरको तरल पदार्थको सम्पर्कमा आएमा, MCL 333.20191 द्वारा अनिवार्य रूपमा HIV, हेपाटाइटिस B वा हेपाटाइटिस C लगायतका अन्य परीक्षणहरू मेरो सहमति बिना गर्न सकिन्छ।

3. बीमाका लागि जानकारीको खुलसा

म McLaren र यसका सम्बद्धहरूलाई मेरो मामिलामा भुक्तानीका लागि जिम्मेवार हुन सक्ने वा कानूनद्वारा आवश्यक भएअनुसार मेरो उपचारसँग सम्बन्धित कुनै पनि बिलिङको लागि प्रतिपूर्ति प्राप्त गर्न आवश्यक पर्ने मेरो चिकित्सा रेकर्डबाट आवश्यक जानकारी, छ भने 42 CFR, भाग 2 का नियमहरू अन्तर्गतका मदिरा तथा लागुऔषध दुर्व्यसनी लगायतका कुरा र छ भने सामाजिक सेवा रेकर्ड र मद्दारा सामाजिक कार्यकर्ता वा मनोवैज्ञानिकलाई प्रदान गरिएका सञ्चार लगायतका मनोवैज्ञानिक सेवा रेकर्डहरू Medicare, Medicaid, Champus, Blue Cross/Blue Shield, व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमाकर्ता, अटोमोबाइल नोफ्ल्ट बीमाकर्ता, कामदारहरूको असक्षमता क्षतिपूर्ति बीमाकर्ता, रोजगारदाता, स्वस्थता कायम राख्ने संस्था, रुचाइएका प्रदायक संस्था र व्यवस्थित हेरचाह योजनाहरू लगायतका कुनै पनि तेश्रो पक्ष भुक्तानीकर्ता वा यसको प्रतिनिधिलाई जारी गर्न अधिकार दिन्छु।

4. जनस्वास्थ्यका लागि जानकारीको खुलसा

म McLaren लाई मिसिगन विधान र जनस्वास्थ्य विभाग वा ओहायो स्वास्थ्य विभागका नियमहरूद्वारा परिभाषित गरिएअनुसार सङ्क्रामक रोग र/वा सङ्क्रमणहरूको बारेमा जानकारी लगायतको मेरो चिकित्सा रेकर्डमा रहेको सूचना जारी गर्न अधिकार दिन्छु, जसमा मानवको प्रतिरक्षा प्रणाली कम गराउने भाइरस (HIV) सङ्क्रमण, आर्जित प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर बनाउने सिन्ड्रोम (AIDS), AIDS सम्बन्धित कम्प्लेक्स (ARC), भेनेरियल रोग र क्षयरोग र संघीय नियमको भाग 2 को 42 संहिता अन्तर्गत सुरक्षित मदिरा र/वा लागुऔषध दुरुपयोग सम्बन्धी जानकारी, मनोचिकित्सक/मनोवैज्ञानिक रेकर्ड र सामाजिक कार्यकर्ता, मनोचिकित्सक वा मनोवैज्ञानिकलाई सञ्चार लगायतका सामाजिक कार्य रेकर्डहरू समावेश हुन्छन्।



820b

PT.

MR.#/P

DR.

सहमति तथा अधिकार प्रदान

5. बीमा लाभहरूको नियुक्ति

म McLaren कर्मचारीले मलाई उपलब्ध गराइने हेरचाहसँग सम्बन्धित सबै स्वास्थ्य लाभ र भुक्तानीका अन्य रूपहरूमा McLaren लाई प्रत्यक्ष भुक्तानी निर्दिष्ट गर्दछु र त्यसको अधिकार दिन्छु। म बीमाद्वारा भुक्तानी नगरिएको कुनै पनि शुल्क लगायतको मेरो हेरचाह र उपचारसँग सम्बन्धित सबै खर्चको भुक्तानीका लागि पूर्ण वित्तीय जिम्मेवारी लिन्छु। यी खर्चहरूमा टेलिफोन कलका लागि दैनिक शुल्क, बिरामीले अनुरोध गरेको निजी कोठा र कुनै पनि कटौतीयोग्य र सहवीमाका रकमहरू लगायतका अन्य कुरा समावेश हुन सक्छन्।

6. टेलिफोन उपभोक्ता संरक्षण ऐन

मैले बुझेको छु कि समय-समयमा McLaren, यसका सहायक कम्पनी र सम्बद्धहरू (सामूहिक रूपमा, "McLaren") ले 1) HIPAA अन्तर्गत अनुमति दिएअनुसार McLaren द्वारा उपलब्ध गराइएका विगत, वर्तमान वा भविष्यका सेवाहरूबारे छलफल गर्न; (2) McLaren द्वारा उपलब्ध गराइएका विगत, वर्तमान वा भविष्यका सेवाहरूका लागि लेखा, बिलिड वा अन्य वित्तीय जानकारी (जस्तै बीमा जानकारी र सेवा शुल्कहरू) बारे छलफल गर्न; र (3) कुनै पनि विगतको बाँकी रकमको सङ्कलन वा भुक्तानी सहायता वा छुट कार्यक्रमहरूका लागि मेरो योग्यताबारे छलफल गर्नका लागि मलाई सम्पर्क गर्न सक्छन्।

म McLaren र यसका सेवा प्रदायकहरूले (a) मलाई मैले McLaren लाई उपलब्ध गराएको कुनै पनि ठेगाना (इ-मेल लगायत) वा टेलिफोन नम्बर (वायरलेस नम्बर वा पोर्ट गरिएको ल्यान्डलाइन फोन नम्बर लगायत) मा सम्पर्क गर्ने; (b) मलाई सम्पर्क गर्दा स्वचालित फोन डायलिङ प्रणाली वा पूर्व रेकर्ड गरिएका सन्देश कलहरू प्रयोग गर्ने; र (c) McLaren ले माथि पहिचान गरेका उद्देश्यहरू पूरा गर्नका लागि मेरो फोन नम्बरमा पाठ सन्देशहरू पठाउने कुरामा सहमत छु र स्वीकार गर्दछु। म McLaren ले यी चासोहरू पछ्याउन सहायता गर्न सम्झौता गर्ने सेवा प्रदायकहरू (सङ्कलन एजेन्सी लगायत) सँग McLaren ले मेरो वायरलेस नम्बर र इ-मेल ठेगाना लगायत मेरो सम्पर्क जानकारी साझा गर्न सहमत छु, तर मैले बुझेको छु कि McLaren ले मेरो सहमति बिना आफ्नो उद्देश्यका लागि तेश्रो पक्षहरूसँग मेरो फोन नम्बर(हरू) साझा गर्ने छैन। मैले बुझेको छु कि स्तरीय टेलिफोन मिनेट र पाठ शुल्कहरू लाग्न सक्छ।

मैले McLaren बाट सेवाहरू प्राप्त गर्न स्वतः डायल गरिएका वा पूर्व रेकर्ड गरिएका सन्देश कल वा पाठहरू प्राप्त गर्न सहमति आवश्यक छैन भन्ने कुरा पनि मैले बुझेको छु। मैले निम्न टोल-फ्री नम्बर वा इमेल ठेगाना: (844) 839-3884 वा phonecalloptout@mclaren प्रयोग गरेर मेरा प्राथमिकताहरू बारे सूचित गर्न McLaren ग्राहक प्रतिनिधिलाई सम्पर्क गरेर स्वतः डायल गरिएका वा पूर्व रेकर्ड गरिएका सन्देश कल वा पाठहरू प्राप्त गर्नको लागि मेरो सहमति रद्द गर्ने छनौट गर्न सक्छु।

7. सेवाका बहू मितिहरू

मैले बुझेको छु कि मेरो उपचारका लागि सेवाको एक भन्दा बढी मिति आवश्यक हुन सक्छ, त्यसैले यो सहमति हस्ताक्षरको मितिदेखि म उपचारबाट डिस्चार्ज नभएसम्म पूर्ण रूपमा प्रभावकारी हुनेछ; मैले बुझेको छु कि कुनै पनि McLaren सुविधास्थलमा उपचार प्रदान गर्न सकिन्छ।

8. हेरचाह समन्वयका लागि औषधि रेकर्डहरू प्राप्त गर्न अधिकार प्रदान

मैले बुझेको छु कि मेरा हेरचाह प्रदायकहरूले मेरो लागि उपयुक्त उपचार सिफारिस गर्न र उपलब्ध गराउनका लागि मैले हाल कुन औषधिहरू लिइरहेको छु भनेर जान्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ। त्यसैले म McLaren/Karmanos लाई मैले हाल औषधि(हरू) प्राप्त गर्ने कुनै पनि फार्मसी (वा फार्मसीहरू) बाट रेकर्डहरू प्राप्त गर्न र समीक्षा गर्न अनुमति दिन्छु।



820b

PT.

MR.#/P

DR.

सहमति तथा अधिकार प्रदान

9. दोभाषे सेवा

बिरामीको सुरक्षाका लागि, सीमित अङ्ग्रेजी प्रविणता भएका र/वा अमेरिकी साङ्केतिक भाषाको दोभाषे आवश्यक पर्ने बिरामीहरूका लागि समयमै/प्रभावकारी सञ्चार र भाषा उपलब्ध गराउनका लागि, McLaren ले भिडियो दूर अनुवाद (VRI) र फोनबाट अनुवाद (OTP) लगायत निःशुल्क अन-डिमान्ड प्रविधि दोभाषे सेवाहरू उपलब्ध गराउँछ। यदि प्राविधिक कठिनाइहरू भएमा वा बिरामीलाई वैकल्पिक दृष्टिकोणको आवश्यकता भएमा, व्यवस्थापनको सदस्यले व्यक्तिगत रूपमा दोभाषे सेवाहरू समन्वय गर्न मद्दत गर्न सक्छन्। यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर म VRI र OTP को प्रयोगमा सहमत छु।

10. गर्भवती वा नयाँ सुत्केरी बिरामीहरूका लागि

गर्भवती बिरामी प्रारम्भिक रूपमा प्रसवपूर्व उपचार वा प्रसवको लागि उपस्थित हुँदा (वा शिशु अस्पताल बाहिर जन्मिएको थियो भने तुरुन्तै) McLaren ले HIV, हेपाटाइटिस B र यौन प्रसारित सङ्क्रमणका लागि स्क्रिनिङ परीक्षणहरू गर्न आवश्यक छ र परीक्षणका नतिजाहरू हेरचाह प्रदायकलाई सजिलै उपलब्ध गराउँदैन भन्ने मैले बुझेको छु। यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर, म यी परीक्षणहरू गर्नमा सहमत छु।

11. जिम्मेवारीको त्याग: व्यक्तिगत मूल्यवान् वस्तुहरू

मैले मेरो McLaren बसाइको अवधिमा मसँग वा मेरो कोठामा राख्ने छनौट गरेको कुनै पनि व्यक्तिगत सम्पत्तिको हानि वा क्षतिका लागि McLaren जिम्मेवार हुँदैन र मूल्यवान् वस्तुहरू सुरक्षित राख्ने व्यवस्था गर्नमा म आफैँ जिम्मेवार छु भन्ने कुरा बुझेको छु। मलाई सबै व्यक्तिगत मूल्यवान् वस्तुहरू घर पठाउन सुझाव दिइएको छ। म मेरो बसाइको अवधिमा मसँग ल्याइएका व्यक्तिगत सामानहरूका लागि McLaren/Karmanos जिम्मेवार हुने छैन भन्ने कुरामा पनि सहमत छु।

12. परिवारको सदस्यको सूचनाको सहमति

म McLaren ले मेरो परिवारलाई सूचित गर्ने कुरामा सहमत छु।

____ (छु); परिवारको सदस्यको नाम: _____ फोन: _____
____ (छैन)

13. तपाईंको प्राथमिक हेरचाह चिकित्सको सूचनाको सहमति – अस्पताल भर्ना मात्र

मेरो प्राथमिक हेरचाह प्रदायक (PCP) को नाम उपलब्ध गराएर, म अस्पतालमा भर्ना हुँदा मात्र McLaren ले मेरो अस्पताल भर्नाको प्रदायकलाई सूचित गर्ने कुरामा सहमत छु।

14. गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना

मैले McLaren को गोपनीयता अभ्यास, गुनासो प्रक्रिया, पेटेन्ट अधिकार र भेट नीति (लागू भएमा) को संयुक्त सूचना प्राप्त गरेको छु:

बिरामीले फिर्ता गरेको/अस्वीकार गरेको _____ (बिरामी पहुँच प्रतिनिधिको हस्ताक्षर)



820b

PT.

MR.#/P

DR.

सहमति तथा अधिकार प्रदान

15. स्वास्थ्य जानकारी विनिमय

मैले बुझेको छु कि व्यवसाय सञ्चालनका लागि र मेरो उपचार गर्न सक्ने अन्य प्रदायकहरूलाई मेरो स्वास्थ्य हेरचाह जानकारी उपलब्ध गराउनका लागि McLaren स्वास्थ्य जानकारी विनिमयमा सहभागी हुन्छु।

16. ओहायो मात्र

तपाईंको हेरचाहको व्यवस्थापनमा फार्मासिस्टको उपयोग गर्न सकिन्छ र तपाईं वा तपाईंको तर्फबाट कार्य गर्नका लागि अधिकार प्राप्त व्यक्ति फार्मासिस्ट परामर्श सम्झौताबाट फिर्ता लिन सक्नुहुन्छ।

म प्रमाणित गर्दछु कि मैले यो सहमति फाराम पढेको छु वा मलाई पढेर सुनाइएको छ। मैले यसका विषयहरू बुझेको छु र मैले वा मेरो तर्फबाट कार्य गर्ने प्रतिनिधिले यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर म यसका प्रावधानहरूमा बाध्य हुन्छु भन्ने स्वीकार गर्दछु।

बिरामीको हस्ताक्षर (नाबालिग भएमा आमाबुवा/अभिभावक वा
बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति)

मिति/समय (अनिवार्य)

बिरामी भन्दा फरक व्यक्ति भएमा सम्बन्ध

टेलिफोनबाट अनुमति प्रदान गर्ने

साक्षी

मिति/समय (अनिवार्य)

दोस्रो साक्षी (टेलिफोनबाट अनुमति प्रदान गर्ने)

मिति/समय (अनिवार्य)



820b

PT.

MR.#/P

DR.