



हेल्थ-ई-लिनक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी आदानप्रदानमा सहभागी हुन सेवाग्राही/बिरामीको सहमति

स्तर १ का बहु-प्रदायक/बहु-भुक्तानकर्ता सहमति पत्र - आफ्नो निर्णय लिनु भन्दा अगाडि कृपया तल उल्लेखित जानकारीलाई राम्ररी पढनुहोस् ।

उपचार र/वा स्वास्थ्य सम्बन्धि सेवाहरूको व्यवस्थापन हेतु हेल्थ-ई-लिनकका सहभागी प्रदायकहरू तथा भुक्तानकर्ताहरू (सहभागीहरू) जो तपाईंलाई सेवा प्रदान गर्ने कार्यमा संलग्न छन् ती सहभागी संस्थाहरूलाई तपाईंको इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य रेकर्डहरू हेर्न र प्राप्त गर्न पाउने कि नपाउने भनी निर्णय लिन तपाईंले यस सहमति फारमलाई प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ । यस फारमलाई आज वा पछि को मितिमा पुरा गर्न सकिन्छ । तपाईंले आफ्नो सहमति दिन सक्नुहुन्छ वा सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई वा कसैलाई अस्वीकार गर्न सक्नुहुन्छ । सहभागीहरूको एउटा पूर्ण-सूची www.wnyhealthlink.com/Home/Patients/Participants मा पाउन सकिन्छ । यदि यस फारम पुरा गर्न तपाईंसंग कुनै किसिमको प्रश्नहरू छन् भने www.wnyhealthlink.com/Home/Patients/PatientConsent मा जानुहोस् । यदि तपाईंसंग इन्टरनेटको सुविधा छैन र तपाईंलाई सहभागीहरूको सूची चाहिन्छ वा यस फारमलाई पुरा गर्न सहयोगको आवश्यकता परेमा, कृपया (७१६)२०६-०९९३ एकसटेन्सन ३११ मा सम्पर्क गर्नुहोला । तपाईंको छनोटले स्वास्थ्य सेवा वा स्वास्थ्य वीमा पाउन तपाईंको क्षमतालाई असर गर्ने छैन । सहमतिलाई स्वीकार वा अस्वीकार गर्ने तपाईंको इच्छाले तपाईं स्वास्थ्य सेवाहरूबाट बन्चित हुने आधार बन्ने छैन ।

एउटा मात्रै छान्नुहोस्

यस सहमति फारममा तपाईंले सहभागीहरूलाई राज्यव्यापी स्वास्थ्य सेवा कम्प्युटर संजालको अंश मानिने हेल्थ-ई-लिनकले संचालन गरेको कम्प्युटर संजाल मार्फत तपाईंको चिकित्सा सम्बन्धि रेकर्डहरू उपलब्ध गराउने कि नगराउने भनी निर्णय गर्न सक्नुहुन्छ । यसले विभिन्न ठाउँहरूमा तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको स्वास्थ्य सेवाहरू सम्बन्धि चिकित्सा रेकर्डहरूलाई संकलन गर्न सहयोग गर्नेछ र सो रेकर्डहरूलाई तपाईंलाई सेवा प्रदान गर्ने सहभागीहरूलाई इलेक्ट्रोनिक मध्यमबाट उपलब्ध गराउने छ ।

सहमति छ सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई जो मेरो हेरचाहमा संलग्न छन् उनीहरूलाई हेल्थ-ई-लिनक मार्फत मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धि सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक जानकारी लिन पाउने छन् भनी मेरो सहमति छ । यस बक्समा चिन्ह लगाए पश्चात आकस्मिक सेवा, गुणस्तर सुधार, सेवा व्यवस्थापन, र पूर्व-अधिकरण क्रियाकलापहरू सहित मेरो हेरचाहमा संलग्न सम्पूर्ण सहभागी संस्थाहरूका कर्मचारीले मेरो चिकित्सा सम्बन्धि सबै रेकर्डहरू हेल्थ-ई-लिनक मार्फत हेर्न तथा प्राप्त गर्न पाउने छन् भनी तपाईं सहमत हुनुहुन्छ भनेर बुझिन्छ ।

उल्लेखित सहभागीहरू

बाहेक सहमति छ

तल उल्लेखित सहभागी बाहेक मेरो हेरचाह तथा सेवामा संलग्न सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई मेरो सबै स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक जानकारी हेल्थ-ई-लिनक मार्फत हेर्न र प्राप्त गर्न पाउने छन् भनी मेरो सहमति दिन्छु:

सहभागीको नाम _____ सभागीको ठेगाना वा फोन नम्बर _____

चिकित्सा सम्बन्धि आपतकालीन समय बाहेक यी सहभागीहरूले मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक जानकारी हेल्थ-ई-लिनक मार्फत प्राप्त गर्न पाउने छैनन् । यदि तपाईंले कुनै पनि सहभागीहरूलाई बहिष्कार गर्न छान्नु भएको छ भने, तपाईंको फारमलाई प्रमाणित गर्न अनिवार्य रूपले हेल्थ-ई-लिनकलाई (७१६-२०६-०९९३ एकसटेन्सन ३११ मा फोन गर्नुहोला । यदि थप सहभागीहरूलाई तपाईंले सहमतिमा अस्वीकृति जनाउन चाहनुहुन्छ भने, कृपया उनीहरूलाई सहभागी बहिष्करण फारममा पहिचान गर्नुहोला र यस फारमसंग संलग्न गर्नुहोला । सहभागी बहिष्करण फारम www.wnyhealthlink.com/Home/Patients/PatientConsent मा प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । यदि तपाईंले सहभागी बहिष्करण फारम यस फारमसंग संलग्न गर्नु भएको छ भने कृपया यहाँ चिन्ह लगाउनु होस्

आपतकालीन समय बाहेक सहमति छैन

चिकित्सा सम्बन्धि आपतकालीन समय बाहेक कुनै पनि उद्देश्यको लागि मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक जानकारी मेरो हेरचाहमा संलग्न सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई हेल्थ-ई-लिनक मार्फत प्राप्त गर्न पाउने कुरामा म मेरो असहमति जनाउन चाहन्छु । यस बक्समा तपाईंले चिन्ह लगाए पछि, चिकित्सा सम्बन्धि आपतकालीन समय बाहेक हेल्थ-ई-लिनकको मार्फत कुनै पनि सहभागीहरूले तपाईंको चिकित्सा सम्बन्धि रेकर्डहरू हेर्न र प्राप्त गर्न पाउने छैनन् भनी तपाईंले सहमति दिनुहुन्छ भनेर बुझिन्छ ।

कुनै पनि स्थितिमा सहमति छैन

कुनै पनि उद्देश्यको लागि तथा मेडिकल सम्बन्धि आपतकालीन समयमा पनि मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक जानकारी मेरो हेरचाहमा संलग्न सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई हेल्थ-ई-लिनक मार्फत हेर्न र प्राप्त गर्न पाउने कुरामा म मेरो असहमति जनाउन चाहन्छु ।

नोट: यदि तपाईंले कुनै पनि सहमतिमा स्वीकृति नदिएको खण्डमा आपतकालीन समयमा तपाईंलाई उपचार गर्ने व्यक्तिहरूलाई तपाईंको चिकित्सा सम्बन्धि रेकर्डहरू तथा हेल्थ-ई-लिनकमा उपलब्ध रेकर्डहरू हेर्न तथा प्राप्त गर्न न्यू यॉर्क राज्यको कानूनले स्वीकृति दिन्छ ।

सेवाग्राही/बिरामी/कानूनी प्रतिनिधि																							
सेवाग्राही/बिरामीको थर												निकायको सहमति प्राप्त गर्ने											
सेवाग्राही/बिरामीको नाम												साक्षी											
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष												* यदि तपाईंले यस फारमलाई सहभागीको कार्यालयम पुर नगरेको खण्डमा, तल उल्लिखित जानकारीलाई भर्न साक्षी चाहिन्छ ।											
सेवाग्राही/बिरामीको जन्म मिति																							
सेवाग्राही/बिरामीको ठेगाना												साक्षीको नाम											
शहर				राज्य				जीप कोड				साक्षीको हस्ताक्षर											
सेवाग्राही/बिरामी वा कानूनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर												हस्ताक्षर गरेको मिति											
लागू भए, कानूनी प्रतिनिधिको नाम												साक्षी र सेवाग्राही/बिरामी बीचको सम्बन्ध (पूर्व श्रीमान्/श्रीमती, पति, छोरा, छिमेकी, आदि)											
कानूनी प्रतिनिधिको र सेवाग्राही/बिरामी बीचको सम्बन्ध (लागू भए)																							
<input type="checkbox"/> मातापिता <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य सेवा एजेन्ट/प्रतिनिधि <input type="checkbox"/> अभिभावक <input type="checkbox"/> अन्य _____																							

हेल्थ-ई-लिक एक गैर-सरकारी संस्था हो । स्वास्थ्य सेवा तथा सुविधाको गुणस्तरमा सुधार ल्याउन यसले जनताको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई इलेक्ट्रोनिक र सुरक्षित तरिकाले प्रदान गर्दछ । यस किसिमको जानकारी प्रदान गर्नलाई ई-हेल्थ वा स्वास्थ्य जानकारी प्रविधि (स्वास्थ्य आई.टी.) भनिन्छ । न्यू योर्क राज्यमा ई-हेल्थ बारे थप जानकारी प्राप्त गर्नको लागि "राम्रो जानकारी भनेको राम्रो सेवा" (Better Information Means Better Care) नामक पुस्तिका पढ्नुहोस् । तपाईंले सो पुस्तिका सहभागीसंग माग्न सक्नुहुन्छ, वा www.ehealth4ny.org वेबसाइटमा जानुहोस् ।

हेल्थ-ई-लिकमा सेवाग्राही/बिरामीको जानकारी बारे विवरण र सहमति प्रक्रिया:

१. तपाईंले दिएको जानकारीलाई कसरी प्रयोग गरिन्छ:

निम्न कार्यको लागि तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी तपाईंले स्वीकृति दिएका सहभागी प्रदायकहरूले प्रयोग गर्ने छन्:

- तपाईंलाई चिकित्सा सम्बन्धि उपचार तथा सो संग सम्बन्धित सेवाहरू प्रदान गर्ने ।
- तपाईंसंग स्वास्थ्य वीमा छ वा छैन र सो वीमाले के कस्तो सुविधाहरू दिन्छ भनेर चेक गर्नुहोस् ।
- सम्पूर्ण सेवाग्राही/बिरामीहरूलाई दिइने स्वास्थ्य सम्बन्धि सेवा गुणस्तरको मुल्यांकन र सुधार ।

तपाईंको इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य जानकारी तपाईंले स्वीकृति दिएको सहभागी भुक्तानकर्ताले मात्र निम्न कार्यहरूको लागि प्रयोग गर्ने छन्:

- **गुणस्तर सुधार गतिविधिहरू:** तपाईंलाई र स्वास्थ्य वीमाको सदस्यहरूलाई प्रदान गरिएको चिकित्सा सम्बन्धि सेवाहरूको गुणस्तरलाई मुल्यांकन गर्ने तथा सुधारन बारे यसमा समावेश गरिएको छ ।
- **स्वास्थ्य सेवा/हेरविचार सम्बन्धि व्यवस्थापन गतिविधिहरू:** यसमा तपाईंलाई उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा गुणस्तरमा सुधार ल्याउने, तपाईंलाई उपलब्ध भएका विभिन्न स्वास्थ्य सेवाहरूको समन्वय गर्ने वा एक चिकित्सा सम्बन्धि सेवालार्इ अनुसाराण गर्न तपाईंलाई सहयोग गर्ने जस्ता कार्यहरू समावेश गरिएको छ ।
- **पूर्व-प्राधिकरण गतिविधिहरू:** यसमा तपाईंले वा तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले अनुरोध गरेका सेवाहरूलाई पूर्व-अनुमोदन गर्नको लागि चिकित्सा सम्बन्धि जानकारीलाई समीक्षा तथा मुल्यांकन गर्ने कार्यलाई समावेश गरिएको हुन्छ ।

नोट: यस सहमति फारममा तपाईंले रोजेको सहमतिले तपाईंलाई स्वास्थ्य विमा दिने कि नदिने वा तपाईं स्वास्थ्य सम्बन्धि भुक्तानी गर्न स्वास्थ्य विमा दिनेहरूलाई तपाईंको जानकारीहरूलाई प्राप्त गर्न पाउने छैनन् । स्वास्थ्य विमा प्रदायकले अनिवार्य रूपले प्रयोग गर्ने एउटा छुट्टै सहमति फारममा आफ्नो निर्णय तपाईंले दिन सक्नुहुन्छ ।

२. **तपाईंको बारेमा कस्तो किसिमको जानकारी समावेश गरिएको हुन्छ:** यदि तपाईंले सहमति दिनुहुन्छ, तपाईंको स्वीकृति पाएका सहभागीहरूले तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक सम्पूर्ण जानकारीलाई हेल्थ-ई-लिक मार्फत हेर्न तथा प्राप्त गर्न पाउने छन् । यो सहमति फारम हस्ताक्षर गरेको मिति अगाडि र पछाडी संकलन गरिएका तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि रेकर्डहरू यसमा समावेश गरिएको हुन्छ । रोगहरूको वा घाइते/चोटपटक लागेको इतिहास (जस्तै, मधुमेह वा हाथ खुट्टा भाचेको), परिक्षणको परिणामहरू (जस्तै एक्स-रे वा रगत परिक्षणहरू), र तपाईंले सेवन गर्नु भएका औषधिहरूको सूची तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि रेकर्डहरूमा समावेश गरिएको हुनसक्छ । यी जानकारीहरू तल उल्लेखित स्वास्थ्य अवस्थाहरू सहित तर तिनीहरूमै सिमित नरही संवेदनशील स्वास्थ्य अवस्थाहरूसंग सम्बन्धि हुनसक्छन्:
- रक्सी वा लागुऔषद सेवन सम्बन्धि समस्याहरू
 - एचआईभी/एड्स
 - जन्म नियन्त्रण र गर्भपतन (परिवार नियोजन)
 - आनुवंशिक (जन्मजात) रोगहरू वा जाँचहरू
 - मानसिक स्वास्थ्यको अवस्थाहरू
 - यौनजन्य रोगहरू
३. **तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी कहाँबाट आउछ:** तपाईंलाई जसले स्वास्थ्य सेवा वा स्वास्थ्य वीमा प्रदान ("जानकारीका स्रोतहरू") गर्दछ, सो ठाउँहरूबाट तपाईंको बारेमा जानकारी आउँदछ । यसमा अस्पतालहरू, डाक्टरहरू, औषधि पसलहरू, चिकित्सा सम्बन्धित प्रयोगशालाहरू, स्वास्थ्य विमाकर्ताहरू, मेडीकेड (Medicaid) कार्यक्रम र स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीहरू इलेक्ट्रोनिक मध्यमले आदानप्रदान गर्ने अन्य ई-हेल्थ संस्थाहरूलाई समावेश गरिएको हुनसक्छ । वर्तमान जानकारीको स्रोतहरूको एक पूर्ण सूची हेल्थ-ई-लिकमा उपलब्ध छ । हेल्थ-ई-लिकको वेबसाइटमा www.wnyhealthlink.com गई वा ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११ मा फोन गरी कुनै पनि समयमा तपाईंले अद्यावधिक सूची प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।
४. **तपाईंले सहमति दिएमा, कसले तपाईंको बारेमा जानकारी पाउन सक्छ:** डाक्टरहरू र चिकित्सा सम्बन्धि सेवामा संलग्न स्वीकृति प्राप्त गरेका सहभागी प्रदायकका अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने चिकित्सा कर्मचारी; स्वीकृति प्राप्त गरेका सहभागी प्रदायकका डाक्टरहरूको सहयोग र निगरानीमा कार्यरत स्वास्थ्यकर्मिहरू; यस सहमति फारमले माथि १ मा उल्लेख गरेको कुराहरूलाई अनुमति दिइको गतिविधिहरूलाई कार्यन्वयन गर्न स्वीकृति प्राप्त गरेका सहभागी प्रदायकका कर्मचारीवर्गले मात्रै तपाईंको जानकारी प्राप्त गर्न सक्छन् । हेल्थ-ई-लिकको वेबसाइटमा www.wnyhealthlink.com गई वा ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११ मा फोन गरी सहभागीहरूको एक पूर्ण सूची प्राप्त गर्न सकिन्छ ।
५. **जानकारीको अनुचित प्रयोग वा प्राप्तिको लागि दण्डहरू:** तपाईंको इलेक्ट्रोनिक जानकारीको अनुचित प्रयोग वा प्राप्तिको लागि दण्डहरू तोकिएका छन् । यदि कुनै पनि समय कसैले तपाईंको सहमतिबिना तपाईंको बारेमा जानकारी प्राप्त गरी त्यसको अनुचित प्रयोग गरिरहेको छ भनी शंका लागेको खण्डमा, तपाईंले आफ्नो जानकारी प्राप्त गर्न स्वीकृति दिएको कुनै एक सहभागीलाई फोन गर्न सक्नुहुन्छ; वा हेल्थ-ई-लिकको वेबसाइट www.wnyhealthlink.com मा जानुहोस्; वा हेल्थ-ई-लिकलाई ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११मा फोन गर्नुहोस्; वा न्यूयोर्क राज्यको स्वास्थ्य विभागमा ८७७-६९०-२२११ मा सम्पर्क गर्नुहोस्
६. **जानकारीलाई पुनः खुलासा:** राज्य र संघीय व्यवस्था र नियमहरूको मापदण्डमा रही सहभागीहरूले तपाईंको बारेमा कुनै पनि स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक जानकारी अरुलाई पुनःखुलासा गर्न सक्छन् । कागजको रूपमा रहेका तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी दिने दस्तावेजहरूमा पनि सो कुरा लागु हुन्छ । केहि राज्य र संघीय कानूनहरूले एचआईभी / एड्स र लागूपदार्थ र मदिरा उपचार जस्ता संवेदनशील स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई विशेष सुरक्षा प्रदान गर्दछ । उनीहरूको जब कुनै व्यक्तिले यस्ता किसिमका स्वास्थ्य सम्बन्धि संवेदनशील जानकारी प्राप्त गर्छन् तब राज्य र संघीय कानूनले तोकिएका विशेष आवश्यकताहरूलाई अनिवार्य रूपमा अनुचरण गर्नुपर्नेछ । हेल्थ-ई-लिक मार्फत यस्ता जानकारी प्राप्त गर्ने हेल्थ-ई-लिक र कुनै पनि व्यक्तिले सो आवश्यकताहरूलाई अनिवार्य रूपले पालना गर्नु पर्छ ।
७. **लागू हुने समयवधि:** यो सहमति फारम तपाईंले आफ्नो सहमति फिर्ता लिने दिन देखि वा हेल्थ-ई-लिकले व्यापार संचालन रहे सम्म प्रभावकारी हुनेछ ।
८. **तपाईंको सहमति फिर्ता:** सहमति फिर्ता फारममा हस्ताक्षर गरी कुनै एक सहभागीहरूलाई बुझाएर तपाईंले आफ्नो सहमति कुनै पनि समय फिर्ता लिन सक्नुहुनेछ । नयाँ सहमति फारममा पुनः हस्ताक्षर गरी तपाईंले कुनै पनि समयमा आफ्नो सहमतिको प्रकार/किसिम परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ । हेल्थइलिकको वेबसाइट www.wnyhealthlink.com बाट वा ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११ मा फोन गरी तपाईंले यी फारमहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ ।
- नोट:** तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि रेकर्डहरू हेल्थ-ई-लिकको मध्यमबाट संस्थाहरूले प्राप्त गरेका रेकर्डहरूको प्रतिलिप उनीहरूले राख्न सक्छन् वा उनीहरूको रेकर्डमा तपाईंको रेकर्डलाई समावेश गर्न सक्छन् । भविष्यमा यदि तपाईंले आफ्नो सहमति फिर्ता लिन चाहे, उनीहरूले तपाईंको रेकर्डहरू आफ्नो रेकर्डबाट निकाल्न आवश्यक मानिने छैन ।
९. **फारमको प्रतिलिपि:** तपाईंले यस सहमति फारममा हस्ताक्षर गरे पछि तपाईंलाई सो फारमको प्रतिलिपि पाउने अधिकार छ ।