

सेवाग्राहीको नाम											
सेवाग्राहीको थर											
जन्म मिति			सेवाग्राहीको ठेगाना						लिंग		
			स्ट्रिट						अपार्टमेन्ट		
			शहर						राज्य पोस्टल कोड		
									<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला		

यस फारममा उल्लेख गरे अनुरूप मेरो उपचार र सेवा सम्बन्धि स्वास्थ्य बारे जानकारी हेरियोस् भनी मरो अनुरोध छ। हेल्थ-इ-लिनकसंग सम्बन्धित मरो स्वास्थ्य सेवामा संलग्न प्रदायकहरू र भुक्तानकर्ताहरू (सहभागीहरू) लाई मैले मेरो मेडिकल रेकर्डहरूलाई स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई आदानप्रदान गर्ने संस्था, हेल्थ-इ-लिनक मार्फत प्राप्त गर्न पाउने वा नपाउने भनी मैले छान्नेछु। मैले सहमति दिएमा, मैले स्वास्थ्यसेवा प्राप्त गर्ने ठाउँहरूबाट राज्य व्यापी कम्प्युटर नेटवर्क मार्फत मेरो मेडिकल रेकर्डहरू मैले प्राप्त गर्न सक्छु। हेल्थ-इ-लिनक एउटा गैर-सरकारी संस्था हो, जसले मानिसहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीहरूलाई इलेक्ट्रोनिक माध्यमबाट उचित स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई उपलब्ध गराउछ र यच.आइ.पी.पी. र न्यू योर्क राज्यका कानूनको गोपनीयता र सुरक्षा स्तरलाई सम्मान गर्छ। अतिरिक्त जानकारीको लागि हेल्थ-इ-लिनकको वेबसाइट www.wnyहेल्थ-इ-लिनक.com मा जानुहोस्।

यस फारममा मैले छनोट गरेको सहमतिको कारण मेडिकल सेवा प्राप्त गर्न मेरो क्षमतालाई असर गर्ने छैन। यस फारममा मैले छनोट गरेको सहमतिको कारण मलाई स्वास्थ्य बीमा दिन वा मेरो मेडिकल खर्चहरू तिर्नेको लागि निर्णय गर्न स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूलाई मेरो जानकारीलाई प्रयोग गर्ने दिनेछैन।

ए उ टा मा त्रै छा नु हो स्	मेरो सहमतिको प्रकार। मैले छनोट गरेको सहमतिको बाँया तर्फको एउटा बक्सामा मात्रै लगाउनु। यस फारमलाई मैले अहिले वा भविष्यमा भर्न सक्छु। एउटा नयाँ फारम भारी मेरो निर्णयलाई पुनः परिवर्तन गर्न सक्छु।	
	<input type="checkbox"/> १. मेरो सहमति छ	वर्तमान र भविष्यका सम्पूर्ण सहभागीहरू, जो मेरो स्वास्थ्यसेवामा संलग्न छन्, उनीहरूलाई हेल्थ-इ-लिनक मार्फत मेरो सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी हेर्न म सहमति दिन्छु।
	<input type="checkbox"/> २. मेरो सहमति छ तर विशेष सहभागी/हरू बाहेक	तल उल्लेख गरिएका सहभागी/हरू बाहेक वर्तमान र भविष्यका सम्पूर्ण सहभागीहरू, जो मेरो स्वास्थ्यसेवामा संलग्न छन्, उनीहरूलाई हेल्थ-इ-लिनक मार्फत मेरो सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी हेर्न म सहमति दिन्छु। सहभागीको नाम (प्रदायकको कार्यालय): _____ सहभागीको ठेगाना वा फोन नम्बर: _____
	<input type="checkbox"/> ३. मेरो सहमति छ तर विशेष सहभागी/हरूलाई मात्रै	तल उल्लेख गरिएका विशेष सहभागी/हरूलाई हेल्थ-इ-लिनक मार्फत मेरो सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी हेर्न म सहमति दिन्छु। सहभागीको नाम (प्रदायकको कार्यालय): _____ सहभागीको ठेगाना वा फोन नम्बर: _____
	<input type="checkbox"/> ४. एमेर्जेन्सी बाहेक मेरो सहमति छैन	हेल्थ-इ-लिनक मार्फत मेरो सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी हेर्न चाहने वर्तमान र भविष्यका सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई मेडिकल एमेर्जेन्सीको समय बाहेक मेरो सहमति छैन।
<input type="checkbox"/> ५. एमेर्जेन्सीमा पनि मेरो सहमति छैन	मेडिकल इमेर्जेन्सीमा पनि हेल्थ-इ-लिनक मार्फत मेरो सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी हेर्न चाहने वर्तमान र भविष्यका सम्पूर्ण सहभागीहरूलाई मेरो सहमति छैन।	

यस फारम भर्दा मैले बक्सा #५ (जसले मेडिकल एमेर्जेन्सीको समयमा पनि म सो सहमतिलाई अस्विकार गर्छु भनी उल्लेख गर्छ) मा चिन्ह नलगाएसम्म आपतकालीन समयमा मेरो जानकारीलाई हेरिन्छ र प्रयोग गरिन्छ भनी मैले बुझेको छु। मेरो अनुरोधमा, यस फारमको सर्तहरूको आधारमा हेल्थ-इ-लिनकले मेरो स्वास्थ्य सम्बन्धि इलेक्ट्रोनिक जानकारी क-कसलाई खुलासा गरेको एक सूची प्रदान गर्नुपर्ने हुन्छ। यस फारम बारे मेरो प्रश्नहरू उत्तर पाएको छु र अनुरोध गरेको खण्डमा, यस फारमको एक प्रतिलिपि पनि प्राप्त गरेको छु।

सेवाग्राही वा सेवाग्राहीको कानूनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	हस्ताक्षरको मिति	सेवाग्राहको कानूनी प्रतिनिधिको नाम (यदि लागू हुन्छ भने)
X _____		
		सेवाग्राहको र कानूनी प्रतिनिधिको बीचको सम्बन्ध (यदि लागू हुन्छ भने)
		<input type="checkbox"/> अभिभावक <input type="checkbox"/> स्वास्थ्यसेवा एजेन्ट/प्रतिनिधि <input type="checkbox"/> संरक्षक <input type="checkbox"/> अन्य _____

यस बक्सालाई केवल प्रदायकले भर्नुहुन्छ	साक्षी*
	*यदि यस फारमलाई सहभागीको कार्यालयमा नभर्दा, आवश्यक हुन्छ।
	साक्षीको नाम _____ साक्षीको हस्ताक्षर _____
निकायको सहमति प्राप्त गर्ने	सेवाग्राही र साक्षी बीचको सम्बन्ध (एक्स, दम्पति, छोरा, छिमेकी, आदि)

हेल्थ-इ-लिंकमा सेवाग्राहीको जानकारी बारे विवरण तथा सहमति प्रक्रिया:

१. **तपाईंको जानकारी कसरी प्रयोग हुन सक्छ:** सीमित अपवादसंग, जब तपाईंले सहमति दिनुहुन्छ, तपाईंले अनुमति दिएका सहभागी(हरु)ले तपाईंको इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई तल उल्लेखित स्वास्थ्य सेवाहरुको लागि मात्रै प्रयोग गर्न सक्छ(छन्):

- **उपचार सेवाहरु।** तपाईंलाई मेडिकल उपचार तथा सोसंग सम्बन्धित सेवाहरु प्रदान गर्छ।
- **बीमा योग्यता प्रमाणिकरण।** यदि तपाईंसंग स्वास्थ्य बीमा छ कि छैन र सो बीमाले के कस्ता सेवाहरु प्रदान गर्छ भनी जाँच गर्छ।
- **सेवा व्यवस्थापन सम्बन्धि गतिविधिहरु।** उचित स्वास्थ्य सम्बन्धि सेवाहरु कसरी प्राप्त गर्न भनी तपाईंलाई मद्दत गर्ने, तपाईंलाई प्रदान गरिएका सेवाहरुको गुणस्तरमा सुधार ल्याउने, तपाईंलाई प्रदान गरिएका विभिन्न स्वास्थ्य सेवाहरुको प्रावधानलाई समन्वय गर्ने, वा मेडिकल सेवाको योजनाको पालना गर्नामा तपाईंलाई सहयोग गर्ने भनी यसमा समावेश गरिएको हुन्छ।
- **गुणस्तर सुधार सम्बन्धि गतिविधिहरु।** तपाईं तथा सम्पूर्ण सेवाग्राहीहरुलाई प्रदान गरिएको स्वास्थ्य सेवामा सुधार तथा त्यसलाई मुल्यांकन गर्ने।

२. **तपाईं बारे कस्ता किसिमका जानकारीहरु समावेश गरिएको हुन्छ।** जब तपाईंले सहमति दिनुहुन्छ, तपाईंले अनुमति दिएका सहभागी(हरु)ले तपाईंको सम्पूर्ण इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई हेल्थ-इ-लिंक मार्फत प्राप्त गर्न सक्छन्। यसमा जानकारी अन्तर्गत, यो सहमति फारममा तोकिएको मिति अघि र पछि सिर्जना गरिएका जानकारीहरु समावेश गरिएको हुन्छ। तपाईंको स्वास्थ्य रेकर्डमा रोगहरु वा तपाईंलाई लागेको चोटपटकहरु (जस्तै मधुमेह वा कुनै हड्डी भाँचिएको) विवरण, स्वास्थ्य परिक्षणको परिणामहरु (जस्तै एक्स-रे वा रगत परीक्षण), र तपाईंले सेवन गरिरहेको औषधिहरुको सूचिहरु समावेश गरिएको हुन्छ। तल निम्न लिखित तर यसमै सीमित नरही, यसमासंवेदनशील स्वास्थ्य अवस्थाहरुसंग सम्बन्धित जानकारीहरु समावेश गरको हुन्छ:

- रक्सी वा लागूपदार्थ सेवनको समस्या
- एचआईभी / एड्स
- गर्भनिरोध र गर्भपतन (परिवार नियोजन)
- आनुवंशिक (जन्मजात) रोग वा परीक्षणहरु
- मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरु
- यौनजन्य रोगहरु

यदि तपाईंले रक्सी वा लागूपदार्थ दुर्वेसनको लागि सेवा प्राप्त गर्नु भएको छ भने, तपाईंको रेकर्डमा तपाईंको रक्सी वा लागूपदार्थ दुर्वेसनसंग सम्बन्धि प्राप्त गरेको उपचार, सेवन गरको औषधिहरु र उनीहरुको मात्रा, प्रयोगशाला परीक्षणहरु, एलर्जीहरु, लागूपदार्थ सेवन, आघातको इतिहास, अस्पतालबाट डिस्चार्जहरु, रोजगार, वर्तमान जीवन अवस्था र सामाजिक सहयोगहरु, र स्वास्थ्य बीमा दाबी गरेको विवरणहरु समावेश गरिन्छ।

३. **तपाईं बारे स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी कहाँबाट आउछ।** तपाईंलाई मेडिकल सेवा वा स्वास्थ्य बीमा प्रदान गरेका ठाउँहरु ("जानकारीका स्रोतहरु") बाट जानकारी आउछ। यी जानकारीका स्रोतहरुमा अस्पतालहरु, चिकित्सकहरु, औषधि पसलहरु, क्लिनिकल प्रयोगशालाहरु, स्वास्थ्य बीमा प्रदायकहरु, मेडीकएड कार्यक्रम, र अन्य इ-हेल्थ संस्थाहरु जसले स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीहरु इलेक्ट्रोनिक तरिकाले आदानप्रदान गर्छन्। हेल्थ-इ-लिंकको वेबसाइट www.wnyhealthelink.com वा ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११ मा सम्पर्क गरी हालको जानकारी स्रोतहरुको पूर्ण सूचि प्राप्त गर्न सकिन्छ।

४. **यदि सहमति दिनुहुन्छ भने, तपाईं बारे जानकारीहरु कसले हेर्न सक्छ।** तपाईंको जानकारीलाई हेर्न तपाईंले अनुमति दिएका सहभागी(हरु) मा कार्यरत केवल डाक्टरहरु र अन्य कर्मचारीहरु जसले माथिको पहिलो हरफमा उल्लेख गरे अनुरूप यस फारमले दिएको अनुमतिको आधारमा विभिन्न क्रियाकलापहरु संचालन गर्छन्। यदि राज्य र/वा संघीय कानूनले अनुमति दिन्छ भने, तपाईंको जानकारीलाई तपाईंको अनुमति बिना सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेन्सीहरुले हेर्न सक्छन्। एउटा तोकिएको ४२.सि.यफ.आर. भाग २ कार्यालय (कुनै रक्सी वा लागूपदार्थ दुर्वेसनमा परेका लाई सेवा प्रदायकहरु) बाट प्राप्त गरिएको कुनै पनि आंकडा/तथ्यांकलाई हेर्न सकिन्छ जहाँ उपचार प्राप्त गर्ने र प्रदायक बीच सम्बन्ध छ। सहभागीहरुको एक पूर्ण सूची हेल्थ-इ-लिंकको वेबसाइट www.wnyhealthelink.com/PhysiciansandStaff/CurrentParticipants/ParticipatinghealthelinkProviders मा वा ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११ मा सम्पर्क गरी प्राप्त गर्न सकिन्छ। तपाईंलाई सूचीको प्रतिलिपि चाहिएमा अनुरोध गरेको ५ व्यवसायिक दिन भित्रमा नि:शुल्क प्रदान गरिन्छ।

५. **अनुचित तरिकाले तपाईंको जानकारी प्राप्त वा प्रयोग गर्दा सजायहरु।** तपाईंको इलेक्ट्रोनिक स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई अनुचित तरिकाले प्राप्त वा प्रयोग गरेको खण्डमा सो अनुचित कार्यको लागि सजायहरु तोकिएका छन्। कुनै पनि समयमा तपाईंले अनुमति नदिएको व्यक्तिले तपाईंको जानकारीलाई प्राप्त गरेको छ वा हेरेको छ भनी तपाईंलाई शंका लागेमा, तपाईंले तपाईंको रेकर्डहरु हेर्न तथा प्रयोग गर्न अनुमति दिएका सहभागीहरु मध्ये एकलाई सम्पर्क गर्नुहोला; वा हेल्थ-इ-लिंकको वेबसाइट www.wnyhealthelink.com मा जानुहोस्; वा हेल्थ-इ-लिंकलाई ७१६-२०६-०९९३ एक्सटेन्सन ३११ मा कल गर्नुहोला; वा न्यू योर्क राज्यको स्वास्थ्य विभागलाई ५१८-४७४-४९८७ मा सम्पर्क गर्नुहोला; वा नागरिक अधिकारहरुको संघीय कार्यालय को वेबसाइट <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/> मा उजुरी प्रक्रियाको पालना गर्नुहोला।

६. **जानकारीको पुनःखुलासा।** तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी हेर्न तथा प्रयोग गर्न तपाईंले सहमति दिइएका कुनै पनि सहभागी(हरु) ले तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारीलाई पुनः खुलासा गर्न सक्छ/छन् तर राज्य तथा संघीय कानूनहरु र नियमहरुले अनुमति दिएको हुनुपर्छ। रक्सी/लागूपदार्थ दुर्वेसनको उपचार सम्बन्धि जानकारी वा एच.आई.भी. सम्बन्धि गोपनीय जानकारीलाई हेर्न सकिन्छ र यदि पुनःखुलासा निषेधाज्ञाको सन्दर्भमा आवश्यक बयानहरु प्रस्तुत गरिएको छ भने मात्रै पुनःखुलासा गर्न सकिन्छ।

७. **प्रभावकारी अवधि।** तपाईंले आफ्नो छनोट गरेका सहमति परिवर्तन नगरेसम्म वा हेल्थ-इ-लिंकले आफ्नो संचालन समाप्त नगरेसम्म (वा तपाईंको मृत्यु भएको ५० वर्ष नपुगे सम्म जुन पहिले हुन्छ) यो सहमति फारम प्रभावकारी हुनेछ। यदि हेल्थ-इ-लिंक अन्य योग्य संस्थासंग मर्ज हुन्छ, छनोटहरु नयाँ संस्थासंग मर्ज भएको मितिदेखि हाम्रो सहमति प्रभावकारी रहनेछ।

८. **तपाईंको छनोट गरेको सहमतिलाई परिवर्तन गर्नु।** तपाईंको नयाँ सहमतिको छनोट/हरु र प्रदायक संस्था वा स्वास्थ्य योजनालाई एक नयाँ सहमति फारम बुझाई तपाईंले कुनै पनि समयमा तपाईंको सहमतिलाई परिवर्तन गर्न सक्नुहुन्छ। हेल्थ-इ-लिंक मार्फत तपाईंको स्वास्थ्य सम्बन्धि जानकारी प्राप्त गर्ने सहभागी(हरु)ले तपाईंको सहमति प्रभावकारी भएको समयमा उनीहरुले तपाईंको जानकारीको प्रतिलिपि गर्ने छन् वा सो जानकारीलाई उनीहरुको आफ्नै मेडिकल रेकर्डमा समावेश गर्न सक्छन्। यदि तपाईंले आफ्नो सहमति सम्बन्धि परिवर्तन गर्न निर्णय गर्नुहुन्छ, उनीहरुले तपाईंको जानकारीलाई फिर्ता गर्न वा उनीहरुको रेकर्डबाट हटाउन आवश्यक हुँदैन।