

# गोपनीयता नोटिस (HIPAA- Notice Privacy)

यह नोटिस वर्णित करता है कि आपके संबंध में चिकित्सा जानकारी को कैसे उपयोग और खुलासा किया जा सकता है और आप इस जानकारी तक कैसे पहुंच सकते हैं। कृपया समीक्षा करें। 11/20/2013 को अपडेट किया गया

गोपनीयता प्रथाओं का यह नोटिस एक अधिकार नहीं देता है। गोपनीयता प्रथाओं का यह नोटिस यह वर्णन करता है कि कैसे हम, हमारे व्यापारिक सहयोगी और उनके उप-ठेकेदार, आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी (PHI) का इस्तेमाल और खुलासा उपचार करने, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल के संचालन और अन्य उद्देश्यों, जो कानून द्वारा अनुमत और आवश्यक हैं, को कार्यान्वित करने के लिए कर सकते हैं। साथ ही यह आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी तक आपकी पहुंच के और उस पर नियंत्रण के आपके अधिकारों का भी वर्णन करता है। संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी आपके बारे में जनसांख्यिकीय जानकारी सहित, वह जानकारी है जिससे आपकी पहचान हो सकती है और जो आपके अतीत, वर्तमान या भविष्य के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य या स्थिति से और संबंधित स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं से संबंधित होती है।

## संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के इस्तेमाल और खुलासे

आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी आपको स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने, आपके स्वास्थ्य बिलों का भुगतान करने, डॉक्टर की प्रैक्टिस के संचालन के समर्थन के लिए और कानून द्वारा अपेक्षित किसी भी अन्य उपयोग के लिए आपके डॉक्टर, हमारे ऑफिस स्टॉफ और हमारे ऑफिस के बाहर के अन्य ऐसे व्यक्तियों द्वारा इस्तेमाल और खुलासा की जा सकती है, जो आपकी देखभाल और उपचार में शामिल हैं।

## उपचार

हम आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और खुलासा आपको स्वास्थ्य देखभाल और अन्य संबंधित सेवाएँ प्रदान करने, समन्वयित करने या प्रबंधन करने के लिए करेंगे। इसमें किसी तृतीय पक्ष के साथ आपकी स्वास्थ्य देखभाल का समन्वय या प्रबंधन शामिल है। उदाहरण के लिए, आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी किसी ऐसे डॉक्टर को दी जा सकती है जिसे आप रेफर किये गये हों ताकि सुनिश्चित किया जा सके कि डॉक्टर के पास निदान या आपका इलाज करने के लिए आवश्यक जानकारी मौजूद है।

साथ ही, हम आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को समय-समय पर किसी अन्य डॉक्टर या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता (जैसे कि, एक विशेषज्ञ डॉक्टर या प्रयोगशाला) जो, किसी डॉक्टर के अनुरोध पर, आपके डॉक्टर के साथ स्वास्थ्य निदान या उपचार में सहायता प्रदान करते हुए आपकी स्वास्थ्य देखभाल में शामिल हो जाते हैं।

## भुगतान

आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को आपको दी गई स्वास्थ्य सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करने के लिए, जरूरत के अनुसार उपयोग किया जाएगा। उदाहरण के लिए, किसी अस्पताल प्रक्रिया के लिए अनुमोदन लेने के लिए या अस्पताल में ठहरने के लिए ज़रूरी हो कि आपकी उपयुक्त संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को स्वास्थ्य प्लैन के सामने खुलासा किया जाए ताकि अस्पताल की प्रक्रिया या दाखिले के लिए अनुमोदन प्राप्त किया जा सके।

## स्वास्थ्य देखभाल संचालन

हम आपकी PHI को आपके डॉक्टर की प्रैक्टिस की व्यावसायिक गतिविधियों को सहायता देने के लिए जरूरत के मुताबिक इस्तेमाल या खुलासा कर सकते हैं। इन गतिविधियों में शामिल हैं, पर इन्हीं तक सीमित नहीं है, गुणवत्ता आकलन गतिविधियाँ, कर्मचारी समीक्षा गतिविधियाँ, विद्यार्थियों का प्रशिक्षण, लाइसेंसिंग, अनुदान संचय और अन्य व्यावसायिक गतिविधियों के संचालन और आयोजन के लिए। उदाहरण के लिए, हम रजिस्ट्रेशन डेस्क पर दी गई साइन-इन शीट का उपयोग कर सकते हैं जहाँ आपसे अपने नाम के हस्ताक्षर करने और अपने डॉक्टर का नाम देने के लिए कहा गया है। जब आपका डॉक्टर आपसे मिलने के लिए तैयार हो तो वेटिंग रूम (प्रतीक्षा कक्ष) से हम आपको नाम से बुला सकते हैं। हम आपकी PHI को आपको नियोजित भेंट के बारे में याद करवाने, और आपको उपचार के विकल्पों के बारे में बताने या अन्य स्वास्थ्य संबंधी फायदों और सेवाओं के बारे में बताने के लिए आपसे सम्पर्क करने के लिए जरूरत के मुताबिक इस्तेमाल या खुलासा कर सकते हैं। यदि हम अनुदान संचय के लिए आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या खुलासा करते हैं तो हम आपको इन गतिविधियों से बाहर निकलने का विकल्प प्रदान करेंगे। आप फिर से इन में शामिल होने का चयन कर सकते हैं।

हम आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या खुलासा निम्नलिखित परिस्थितियों में, बिना आपके प्राधिकरण के कर सकते हैं। इन परिस्थितियों में शामिल हैं:

- जैसा कि कानून अनुसार ज़रूरी हो
- कानून की जरूरत मुताबिक सार्वजनिक स्वास्थ्य मुद्दे
- संक्रामक बीमारियाँ
- स्वास्थ्य में चूक होना
- दुर्व्यवहार या लापरवाही
- खाद्य एवं औषधि प्रशासन की जरूरतों के लिए

- कानूनी मुकद्दमें
- कानून प्रवर्तक
- मृत्यु समीक्षकों
- दाह-संस्कार निदेशक
- अंग दान
- अनुसंधान
- आपराधिक गतिविधि
- फौजी गतिविधि
- राष्ट्रीय सुरक्षा
- कर्मचारियों के लिए मुआवजा
- कैदी
- ज़रूरी उपयोग एवं खुलासे

कानून के मुताबिक, हमारा आपके अनुरोध पर आपको खुलासे करना ज़रूरी है। कानून के मुताबिक, हमारा आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा तब करना ज़रूरी है जबकि ऐसा करना जांच-पड़ताल करने या किसी भी आवश्यकताओं के साथ हमारे अनुपालन का निर्धारण करने के लिए स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग के सचिव द्वारा ज़रूरी हो।

हम आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को तृतीय पक्ष "व्यापारिक सहयोगियों" के साथ साझा करेंगे जो प्रैक्टिस के लिए विभिन्न गतिविधियाँ (जैसे कि, बिलिंग, अनुवाद सेवाएँ) करते हैं। जब भी हमारे ऑफिस और किसी व्यापारिक सहयोगी के बीच समझौते में आपकी PHI के इस्तेमाल या खुलासा शामिल होता है तो हमारे पास एक लिखित समझौता होगा जिसमें वे शर्तें लिखी होंगी जो आपकी PHI की गोपनीयता का संरक्षण करती हैं।

#### आपकी स्वास्थ्य देखभाल में सम्मिलित अन्य व्यक्ति :

जब तक आप मना ना करें, तब तक हम आपके परिवार के किसी सदस्य, किसी रिश्तेदार, एक करीबी मित्र या आपके द्वारा पहचाने गये किये व्यक्ति के साथ आपकी PHI का खुलासा कर सकते हैं जो आपकी स्वास्थ्य देखभाल से उस व्यक्ति की सहभागिता से प्रत्यक्ष रूप से संबंधित है। यदि आप इस तरह के एक खुलासे से सहमत होने या आपत्ति करने में असमर्थ हैं तो हम ऐसी जानकारी का, ज़रूरत के मुताबिक, खुलासा कर सकते हैं, यदि हम अपने पेशेवर निर्णय के आधार पर निर्धारित करते हैं कि ऐसा करना आपके सर्वोत्तम हित में है। हम PHI का उपयोग या खुलासा किसी पारिवारिक सदस्य, निजी प्रतिनिधि या किसी भी अन्य व्यक्ति को सूचित करने या सहायता करने के लिए आपकी स्थिति, सामान्य हालत या मौत के समय के लिए देखभाल के लिए जिम्मेदार है। अंत में, हम एक अधिकृत सार्वजनिक या निजी संस्था को आपदा राहत प्रयासों में सहायता देने के लिए और उपयोगों के समन्वय के लिए और परिवार या आपकी स्वास्थ्य सेवा में शामिल अन्य व्यक्तियों को खुलासा करने के लिए आपकी PHI का उपयोग या खुलासा कर सकते हैं।

**आपातकालीन स्थितियाँ:** हम आपातकालीन उपचार स्थिति में आपकी PHI का उपयोग या खुलासा कर सकते हैं। यदि ऐसा होता है तो आपका डॉक्टर उपचार करने के बाद जैसे ही यथोचित होगा, आपकी सहमति प्राप्त करने की कोशिश करेगा/करेगी। यदि आपका डॉक्टर या प्रैक्टिस के अन्य किसी डॉक्टर को कानून की मांग के मुताबिक आपका इलाज करने की ज़रूरत हो और आपके डॉक्टर ने आपकी सहमति प्राप्त करने की कोशिश की हो लेकिन आपकी सहमति लेने में असमर्थ रहा हो तो वह आपके उपचार के लिए आपकी PHI का उपयोग या खुलासा कर सकता/ती है।

**संचार करने में बाधाएँ:** हम आपकी PHI का उपयोग या खुलासा कर सकते हैं यदि आपके डॉक्टर या प्रैक्टिस के अन्य किसी डॉक्टर ने आपकी सहमति प्राप्त करने की कोशिश की हो लेकिन संचार करने में बाधाओं के कारण ऐसा करने में असमर्थ रहा/रही हो और वह डॉक्टर, अपने पेशेवर निर्णय का उपयोग करते हुए यह निर्धारित करता/ती है कि आप परिस्थितियों में उपयोग या खुलासा करने के लिए सहमति देने का इरादा रखते हैं।

**अन्य अनुमत और आवश्यक उपयोग और खुलासे** केवल आपकी सहमति, प्राधिकरण या आपत्ति करने के मौके के साथ ही किये जाएंगे जबकि अन्यथा ऐसा करना कानून द्वारा अपेक्षित हो। आपके प्राधिकरण के बिना, हम स्पष्ट रूप से विपणन उद्देश्यों के लिए आपकी PHI का उपयोग या खुलासा करने से प्रतिबंधित है। हम आपकी PHI बिना आपके प्राधिकरण के बेच नहीं सकते। हम आपकी PHI में रखे अधिकतर मनोचिकित्सा नोट्स का उपयोग या खुलासा नहीं कर सकते। हम आपकी PHI के किसी भी ऐसे हिस्से का उपयोग या खुलासा नहीं करेंगे जिसमें आनुवंशिक जानकारी है जिसका उपयोग बीमा जोखिम अंकन के लिए किया जाएगा।

**आप इस प्राधिकरण को रद्द कर सकते हैं** किसी भी समय, लिखित में, इस हद तक को छोड़कर कि आपके डॉक्टर या डॉक्टर की प्रैक्टिस ने प्राधिकरण में लिखे अनुसार इस उपयोग या खुलासे पर निर्भर होकर कोई कार्रवाई की हो।

## आपके अधिकार

निम्नलिखित आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के संबंध में आपके अधिकारों का एक ब्यौरा है।

आपको अपनी संरक्षित स्वास्थ्य की जानकारी की एक प्रति का निरीक्षण करने और उसे प्राप्त करने का अधिकार है (शुल्क लागू हो सकते हैं) आपके लिखित अनुरोध के आधार पर, आपको कागज़ी या इलेक्ट्रॉनिक स्वरूप में, अपनी PHI का निरीक्षण करने और उसे प्राप्त करने का अधिकार है। हालांकि, संघीय कानून के तहत, आप निम्न अभिलेखों का निरीक्षण या नकल नहीं कर सकते हैं: मनोचिकित्सा नोट्स, एक सिविल, आपराधिक, या प्रशासनिक कार्रवाई या मुकद्दमे में, कानून द्वारा प्रतिबंधित संरक्षित स्वास्थ्य की जानकारी, जिसे किसी उपयुक्त प्रत्याशा में संकलित किया गया हो, या में उपयोग किया जाना हो, ऐसे चिकित्सा अनुसंधान से संबंधित जानकारी जिसमें सहभागिता के लिए आपने सहमति दी हो, ऐसी जानकारी जिसका खुलासा आप या किसी अन्य व्यक्ति को हानि या चोट पहुंचा सकता है, या वह जानकारी जो गोपनीयता के एक वादे के तहत प्राप्त हुई थी।

आपको अपनी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करने का अधिकार है। इसका अर्थ है कि आप उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल के संचालन के प्रयोजनों के लिए अपनी PHI के किसी भी हिस्से का उपयोग या खुलासा ना किये जाने की मांग कर सकते हैं। आप यह भी अनुरोध कर सकते हैं कि आपकी PHI को आपके परिवार के सदस्यों या दोस्तों पर खुलासा ना किया जाए जो आपकी देखभाल में शामिल हो सकते हैं। आपके अनुरोध में अनुरोध किये गये विशिष्ट प्रतिबंध का बताया जाना ज़रूरी है और आप किस पर यह प्रतिबंध लागू करवाना चाहते हैं। आपके डॉक्टर का आपके अनुरोध किये गये प्रतिबंध से सहमत होना ज़रूरी नहीं है केवल उस स्थिति को छोड़कर जहाँ आपने डॉक्टर से आपके स्वास्थ्य प्लैन के साथ PHI का खुलासा न करने के लिए कहा है, जिसके लिए आपने अपनी जेब से पूरा खर्च उठाया है।

आपको वैकल्पिक माध्यम से या एक वैकल्पिक स्थान पर हम से गोपनीय संचार प्राप्त करने का अनुरोध करने का अधिकार है। हम उचित अनुरोध को समायोजित करेंगे। हम इस समायोजन पर आपसे जानकारी की मांग करके शर्त भी लगा सकते हैं कि भुगतान कैसे किया जाएगा या किसी वैकल्पिक पते या सम्पर्क के अन्य तरीके के विशेष विवरण की मांग करके।

आपको हम से इस नोटिस की एक कागज़ी प्रतिलिपि प्राप्त करने का अधिकार है, केवल अनुरोध किये जाने पर। हम इस नोटिस की शर्तों को बदलने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं और हम अगली मुलाकात पर आपको ऐसे बदलावों के बारे में सूचित करेंगे। यदि आप एक प्राप्त करना चाहते हैं तो हम अपने नए नोटिस की प्रतियां उपलब्ध करवा देंगे।

आपको अपनी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी में संशोधन किये जाने का अनुरोध करने का अधिकार है। कुछ मामलों में, हम एक संशोधन किये जाने के आपके अनुरोध को अस्वीकार कर सकते हैं। यदि हम एक संशोधन किये जाने के आपके अनुरोध को अस्वीकार करते हैं तो आपको हमारे साथ असहमति का एक ब्यौरा दर्ज करने का अधिकार है और हम आपके ब्यौरे के लिए एक खंडन तैयार कर सकते हैं और हम आपको इस तरह के खंडन की एक प्रति देंगे।

आपको हमारे द्वारा आपकी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी के किये गये कुछ खुलासों की जवाबदेही प्राप्त करने का अधिकार है, यदि कोई की गई हो। आप निम्न खुलासों के अलावा खुलासों की जवाबदेही, कागज़ी या इलेक्ट्रॉनिक, के लिए अनुरोध कर सकते हैं: उपचार, भुगतान, स्वास्थ्य सेवा के संचालन के प्रयोजनों के लिए एक प्राधिकरण के आधार पर; कानून द्वारा अपेक्षित, जो कि अनुरोध की तारीख के छह साल पहले हुई हो।

## शिकायतें

यदि आप मानते हैं कि आपके गोपनीयता के अधिकारों का हमारे द्वारा उल्लंघन किया गया है तो आप हमसे शिकायत कर सकते हैं। आप अपनी शिकायत के बारे में हमारे अनुपालन अधिकारी को सूचित करके हमारे पास एक शिकायत फाइल कर सकते हैं। हम आपके द्वारा एक शिकायत फाइल करने के लिए कोई प्रतिशोध नहीं लेंगे।

हमारा PHI के संबंध में आपकी गोपनीयता को बनाए रखना और हमारे कानूनी दायित्वों और गोपनीयता प्रथाओं के इस नोटिस को आपको प्रदान करना, कानूनी रूप से आवश्यक है।

अनुपालन अधिकारी की सम्पर्क जानकारी नीचे दी गई है:

Mao Vue [mvue@asiaohio.org](mailto:mvue@asiaohio.org)

330-535-3263

यह गोपनीयता प्रथाओं का नोटिस नवम्बर 20, 2013 से प्रभावी होता है।

प्राधिकरण

इस आवेदन पर प्राप्त की गई जानकारी गोपनीय है और आपकी वर्तमान स्थिति की समीक्षा के लिए उपयोग की जाएगी।  
प्रतिनिधित्व के लिए प्राधिकरण

उद्देश्य

मैं, अधोहस्ताक्षरी इसके द्वारा मेरी ओर से वित्तीय और चिकित्सा संसाधनों का अनुसंधान करने के लिए उनके प्रयासों में मेरी चिकित्सा और वित्तीय फाइल की प्रतियां उपलब्ध करवाने के लिए अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के कर्मचारियों को प्राधिकृत करता/ती हूँ।

जानकारी के रिलीज किये जाने के लिए प्राधिकरण

चिकित्सा जानकारी

यह प्राधिकरण सभी क्लिनिक और चिकित्सा की जानकारी, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम, टीकाकरण और एलर्जी रिकॉर्ड, प्रयोगशालाओं, एक्स रे और आंख की रिपोर्टों को अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को रिलीज करने के लिए प्राधिकृत करता/ती हूँ।

मैं अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को मेरी फाइल से संबंधित मानसिक स्वास्थ्य, शराब, एचआईवी (एड्स) की, नशीली दवाओं के दुरुपयोग और विकासात्मक विकलांगता जानकारी को रिलीज करने के लिए विशेष अनुमति देता/देती हूँ

वित्तीय जानकारी

इस प्राधिकरण में अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को मेरे अतीत या वर्तमान नियोक्ता, बैंकों या अन्य वित्तीय संस्थानों, क्रेडिट ब्यूरो या सरकारी एजेंसियों से प्राप्त कोई भी वित्तीय ब्यौरे, व्यावसायिक रिपोर्टें, पेरोल या लाभ जानकारी रिलीज करना शामिल है। यह किसी स्वास्थ्य बीमा कवरेज और सही बिलिंग किये जाने को सत्यापित करने के उद्देश्य से है।

अन्य संबंधित जानकारी

अंत में, मैं मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, व्यावसायिक, पुनर्वास, या शैक्षिक रिपोर्टों, आकलन या मूल्यांकन सहित किसी भी अन्य संबंधित जानकारी के रिलीज के लिए अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को प्राधिकृत करता/ती हूँ।

मैं अपने हस्ताक्षर करने की तारीख से और मेरे हस्ताक्षर करने की तारीख से एक साल तक और सहित के लिए ऊपर दी जानकारी को रिलीज किये जाने के लिए को प्राधिकृत करता/ती हूँ।

मैं समझता/ती हूँ कि इस प्राधिकरण को रद्द करने के लिए मेरा लिखित सूचना देना जरूरी है। मैं यह भी समझता/ती हूँ कि इस प्राधिकरण की फोटो कॉपी भी मूल प्रति जितनी ही प्रभावी है।

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता/ती हूँ कि जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सही और पूर्ण है।

जिम्मेदार पक्ष के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

मरीज के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

वैकल्पिक:

मैं \_\_\_\_\_ को भी प्राधिकृत करता/ती हूँ, जो कि मेरा \_\_\_\_\_ है, मेरे \_\_\_\_\_ पर चर्चा करने के लिए

(व्यक्ति का नाम)

(संबंध बताएँ)

अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र स्टाफ के किसी सदस्य के साथ आवेदन की स्थिति

यदि मरीज के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो संबंध बताएँ और ऐसा करने का प्राधिकरण।

मरीज है: नाबालिग / असमर्थ / विकलांग आपका प्राधिकरण: अभिभावक / कानूनी / कानूनी संरक्षक

ICHC प्रतिनिधियों के लिए

नाम (कृपया प्रिंट करें) \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

## सहमति फॉर्म

मरीज़ का नाम: \_\_\_\_\_

चिकित्सा रिकॉर्ड# \_\_\_\_\_

1. उपचार के लिए सहमति: \_\_\_\_\_ (आद्याक्षर)

मैं इसके द्वारा अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र और उसके सभी शामिल विभागों को किसी भी स्वास्थ्य सेवाएं और उपचार करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ जिसे स्वास्थ्य केंद्र की नीतियों और प्रक्रियाओं के अनुसार, मेरे लिए आवश्यक समझा जाएगा। मैं समझता/ती हूँ कि मुझे सिफारिश किये गये उपचार के किसी भी हिस्से या पूरे उपचार को लेने से मना करने का अधिकार है।

2. चिकित्सा रिकॉर्डों को साझा करने की सहमति: \_\_\_\_\_ (आद्याक्षर)

मैं समझता/ती हूँ कि मेरी चिकित्सा रिकॉर्ड जानकारी अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र के विभिन्न विभागों के भीतर सांझा की जा सकती है। यह जानकारी केवल मेरे स्वास्थ्य देखभाल आकलन और प्रबंधन के लिए सांझी की जाएगी।

मैं यह भी समझता/ती हूँ कि मेरे चिकित्सा उपचार के दौरान किसी भी समय, जब किसी विशेषज्ञ डॉक्टर को रैफर किया जाना ज़रूरी हुआ, तो उस विशेषज्ञ डॉक्टर को मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड का विवरण और/या कुछ प्रयोगशाला परिणाम भेजे जा सकते हैं। ऐसा केवल मेरे सम्पूर्ण मूल्यांकन में सहायता करने के लिए ही किया जाएगा।

मैं इसके द्वारा अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र को मेरा चिकित्सा रिकॉर्ड किसी लेखा-परीक्षण और/या मूल्यांकन के उद्देश्यों से समीक्षा के लिए देने को प्राधिकृत करता हूँ। (इस समीक्षा का उद्देश्य मरीज़ों की देखभाल को बेहतर बनाना और प्रबंधित देखभाल आवश्यकताओं का अनुपालन करना है)। मैं समझता/ती हूँ कि इस समीक्षा प्रक्रिया के दौरान मेरे नाम या पते की कोई पहचान रिकॉर्ड नहीं की जाएगी।

3. गोपनीयता: \_\_\_\_\_ (आद्याक्षर)

मैं समझता/ती हूँ कि अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र मेरी चिकित्सा जानकारी की निजता और गोपनीयता से संबंधित एक बहुत कड़ी नीति का पालन करता है। मुझे स्वास्थ्य केंद्र की निजता और गोपनीयता का वक्तव्य दे दिया गया है और मैंने जानकारी की समीक्षा कर ली है।

मैं समझता/ती हूँ कि अपनी संपूर्णता में यह सहमति तब तक प्रभावी रहेगी जब तक कि मैं अंतर्राष्ट्रीय सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को प्राप्त करता/करती रहूँगा/गी।

\_\_\_\_\_

मरीज के हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

तारीख

\_\_\_\_\_

अभिभावक/संरक्षक के हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_

गवाह के हस्ताक्षर