

परिवार नियोजन सेवाहरूका लागि मञ्जुरी

परिवार नियोजन सेवाहरू प्राप्त गर्न अनुरोध गर्नुहोस्

नाम _____

चार्ट नं.: _____

म यसद्वारा North Dakota Family Planning (NDFPP) कार्यक्रमका कर्मचारीबाट मेडिकल र सम्बन्धित सेवाहरू प्राप्त गर्ने र टेलिमेडिसिन प्रविधिहरू प्रयोग गर्न सकिने कुरामा सहमति जनाउँछु।

म यी सेवाहरूमा निम्न कुरा समावेश हुन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्छु: मेरो स्वास्थ्य इतिहासको समीक्षा; स्वास्थ्य जानकारी, शिक्षा र परामर्श; चिकित्सा परीक्षा; स्तन र पाठेघरको क्यान्सर, मानसिक स्वास्थ्य, हेपाटाइटिस C, व्यवहारात्मक जोखिम र HIV सहित यौनजन्य संक्रमणहरूका परीक्षणहरू; र यस क्लिनिकमा उपलब्ध नगराइने स्याहारका सिफारिसहरू।

मसँग निःशुल्क भाषा दोभासे सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ भन्ने कुरा बुझ्छु। यी सेवाहरू मेरो स्वास्थ्य स्याहार भेटहरूको अवधिमा दिइएको लिखित वा बोलिएको जानकारीका बारेमा बुझ्नका लागि सहयोगी हुने छन् भन्ने मैले कर्मचारीहरूलाई बताउनुपर्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु।

मलाई यी कुनै पनि सेवा उपलब्ध गराउनुअघि परीक्षण(हरू), प्रक्रिया(हरू), उपचार(हरू) र परिवार नियोजनका विधि(हरू) का बारेमा जानकारी उपलब्ध गराइने छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। यो जानकारीमा फाइदा, जोखिम, सम्भावित समस्या वा जटिलता र वैकल्पिक छनोटहरू समावेश हुने छन् भन्ने कुरा म बुझ्छु। मैले नबुझेको कुनै पनि कुराको बारेमा प्रश्न सोध्नुपर्छ भन्ने कुरा बुझ्छु।

म परिवार नियोजन सेवाहरूको मेरो प्राप्ति स्वैच्छिक हो भन्ने कुरा बुझ्छु। म कुनै पनि समयमा यी सेवाहरू प्राप्त गर्ने बारेमा मेरो मन परिवर्तन गर्न सक्छु। मैले प्राप्त गर्ने कुनै पनि सेवाबाट प्राप्त हुन सक्ने नतिजाहरूमा मलाई कुनै ग्यारेन्टी दिइएको छैन। मेरो परिवार योजना सेवाहरूको स्वीकृति यस साइटमा प्रस्ताव गरिएका अन्य सेवाहरूको प्राप्ति पूर्व सर्त होइनन् भन्ने कुरा मलाई थाहा छ।

म मेरो धर्म, जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, असक्षमता, उमेर, लिङ्ग, यौन झुकाव, लैङ्गिक पहिचान, लिङ्ग विशेषताहरू, गर्भावस्थाको सङ्ख्या, वैवाहिक स्थिति वा भुक्तानी गर्ने असक्षमतालाई ध्यान नदिइकन यस परिवार नियोजन क्लिनिकबाट सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य छु भन्ने कुरा बुझ्छु।

मेरो मेडिकल सेवा र रेकर्डहरूले गोपनीय व्यवहार प्राप्त गर्ने छन् भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु। मेरा मेडिकल रेकर्डहरू अरूलाई मेरो लिखित सहमतिमा वा अन्यथा बाल दुर्व्यवहार र बेवास्ता रिपोर्ट गर्ने जस्ता कानुनद्वारा आवश्यक भएको अवस्थामा मात्र खुलासा गर्न सकिन्छ। कुनै पनि यौनजन्य संक्रमण रोगहरूका लागि परीक्षणहरू गरिन्छ भन्ने, ती परीक्षणहरूका पोजेटिभ नतिजाहरू सार्वजनिक स्वास्थ्य एजेन्सीहरूलाई रिपोर्टिङ गर्न कानुनद्वारा आवश्यक हुन्छ। मेरो परिवार योजना मेडिकल रेकर्डहरू मेरो रोजाइको अन्य परिवार नियोजन क्लिनिकहरूमा स्याहारका लागि अन्य North Dakota Family Planning क्लिनिकहरूसँग साझा गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु।

यस फाराममा मैले गरेको हस्ताक्षरले मैले गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु वा मलाई प्रस्ताव गरिएको छ भन्ने अर्थ लाग्छ। म कुनै पनि समयमा गोपनीयता सूचनाको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न सक्छु भन्ने कुरा बुझ्छु।

मेरो भेट बीमा वा अन्य तेस्रो पक्ष भुक्तानीकर्ताहरूद्वारा कभर गरिएको छ भने, म NDFPP लाई यस दाबीअन्तर्गत भुक्तानी योग्य लाभहरू निर्धारण गर्न आवश्यक मेडिकल जानकारी खुलासा गर्न अधिकार-प्रदान गर्छु। म प्रदान गरिएका सेवाहरूका लागि चिकित्सक वा आपूर्तिकर्तालाई मेडिकल लाभहरूको भुक्तानी गर्न अधिकार-प्रदान गर्छु। म बीमा कभरेजलाई ध्यान नदिइकन मेरो तलबको वर्गअनुसार यस बिलका लागि आर्थिक रूपमा जिम्मेवार छु भन्ने कुरा बुझ्छु। मैले माथिका कुराहरू पढेको र बुझेको छु र यस क्लिनिकद्वारा उपलब्ध गराइएका सेवा र आपूर्तिहरूका लागि स्वेच्छाले सहमति जनाउँछु भन्ने कुरा यसद्वारा प्रमाणित गर्छु।

सेवाग्राहीको हस्ताक्षर