

## गोपनीयता अभ्यासहरूका सूचनाको स्वीकृति

यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, तपाईंले MCPHS विश्वविद्यालय (d/b/a 10 अष्टिकल; फोर्सिथ दन्त स्वास्थ्य क्लिनिक; MCPHS विश्वविद्यालय सन्तुलन, चाल र आरोग्य केन्द्र; NESA अक्युपन्चर उपचार केन्द्र; र आँखा र दृष्टि केन्द्र) को गोपनीयता अभ्यासहरूसम्बन्धी सूचना प्राप्त गर्नुभएको कुरा स्वीकार गर्नुहुन्छ। हाम्रो सूचनाले हामी तपाईंको बारेमा राख्ने स्वास्थ्य र चिकित्सासम्बन्धी जानकारी, साथै तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको सम्बन्धमा तपाईंको अधिकार र हाम्रो कर्तव्यहरू कसरी प्रयोग र खुलासा गर्न सक्छौं भन्ने बारेमा जानकारी उपलब्ध गराउँछ। हामी तपाईंलाई हाम्रो पूर्ण सूचना पढ्न प्रोत्साहित गर्दछौं। तपाईंसँग हाम्रो दर्ता कर्मचारीहरूले जवाफ दिन नसक्ने हाम्रो गोपनीयता अभ्यासहरूका सूचनाको बारेमा कुनै पनि प्रश्न भएमा, कृपया हाम्रो HIPAA गोपनीयता अधिकारीलाई [privacyofficer@mcphs.edu](mailto:privacyofficer@mcphs.edu) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

म MCPHS विश्वविद्यालयको गोपनीयता अभ्यासहरूका सूचना प्राप्तिलाई स्वीकार गर्दछु।

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_  
स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू गर्न कानुनी अधिकार भएको व्यक्ति वा व्यक्तिगत प्रतिनिधि

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

(लागू हुने भएमा)  
व्यक्तिगत प्रतिनिधिको नाम: \_\_\_\_\_

बिरामीसँगको नाता/सम्बन्ध: \_\_\_\_\_

### आन्तरिक प्रयोजनका लागि मात्र: स्वीकृति प्राप्त गर्न असमर्थता

MCPHS विश्वविद्यालयले माथिको स्वीकृतिमा हस्ताक्षर प्राप्त गर्न सक्षम भएन भने, कर्मचारीले स्वीकृति प्राप्त गर्न गरिएको राम्रो विश्वासको प्रयास र स्वीकृति प्राप्त नहुनुको कारण रेकर्ड गर्नुपर्ने छ:

स्वीकृति प्राप्त गर्न गरिएको प्रयास:

- व्यक्ति आफैं भेटेर गरिएको अनुरोध
- मेलमार्फत अनुरोध (बिरामीको रेकर्डमा समावेश गर्न पत्रको प्रतिलिपि राख्नुहोस्)
- इमेलमार्फत अनुरोध
- अन्य: \_\_\_\_\_

स्वीकृति प्राप्त नहुनुको निम्न कारण:

- बिरामीले हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गरेको
- बिरामी हस्ताक्षर गर्न असमर्थ
- बिरामीले मेल वा इमेलमार्फत स्वीकृति फिर्ता नगरेको
- अन्य: \_\_\_\_\_

कर्मचारीको पूरा नाम/पद/केन्द्र:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

कर्मचारीको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_