



सहमति र अधिकार

बिरामीको नाम: _____ मिति: _____

तल खाली ठाउँमा यो सहमति र अधिकारमा हस्ताक्षर गरेर, तपाईं बिरामीको रूपमा आफैं वा माथि पहिचान गरिएका बिरामीकोतर्फबाट, निम्नानुसार सहमत हुनुहुन्छ:

- म आँखा तथा दृष्टि केन्द्रमा आँखा सेवा स्थापना गर्दै छु र मेरो निदान र लक्ष्यहरूका आधारमा मेरो जाँच गरिने छ र सेवा प्राप्त हुने छ भन्नेबारे मैले बुझेको छु। म यस्तो परीक्षण र सेवा उपलब्ध गराउन आँखा तथा दृष्टि केन्द्रलाई अधिकृत र निर्देशन प्रदान गर्दछु।
- आँखा तथा दृष्टि केन्द्र MCPHS विद्यार्थीहरूले अष्टोमेट्री शिक्षा र प्रशिक्षण प्राप्त गर्ने उच्च शिक्षा प्रदान गर्ने संस्था, युनिभर्सिटी स्कुल अफ अष्टोमेट्रीको एक हिस्सा हो भन्ने कुरामा म सचेत छु। म MCPHS युनिभर्सिटी स्कुल अफ अष्टोमेट्रीका संकाय र विद्यार्थीहरूले आँखाका तस्वीरहरू, दबाबसम्बन्धी जाँच र दृश्यात्मक क्षेत्रहरू लगायत आवश्यक पर्ने परीक्षा र जाँचहरू गर्न अनुमति दिन्छु।
- यस परीक्षा र उपचारको परिणामस्वरूप प्राप्त सुरक्षित स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी स्कुल अफ अष्टोमेट्रीका विद्यार्थीहरूको प्रशिक्षण लगायत MCPHS विश्वविद्यालयका शैक्षिक उद्देश्यहरू अगाडि बढाउने उद्देश्यका लागि प्रयोग वा खुलासा गर्न सकिने छ भन्ने कुरा म बुझ्छु र यसमा सहमत छु।
- क्लिनिकल परीक्षण डाटाटा, निदान वा उपचारहरू लगायत मेरो पहिचानजन्य विवरण हटाइएको डाटा MCPHS युनिभर्सिटी स्कुल अफ अष्टोमेट्रीद्वारा अनुसन्धान उद्देश्यका लागि प्रयोग र खुलासा गर्न सकिने छ भन्ने कुरा म बुझ्छु र यसमा सहमत छु।
- म MCPHS युनिभर्सिटी स्कुल अफ अष्टोमेट्रीका कर्मचारी र विद्यार्थीहरूलाई MCPHS युनिभर्सिटी स्कुल अफ अष्टोमेट्रीका शैक्षिक लक्ष्यहरू अगाडि बढाउन शिक्षा, अनुसन्धान र अन्य उद्देश्यहरूका लागि मेरो वा माथि पहिचान गरिएका बिरामीको फोटोहरू खिच्न र प्रकाशित गर्न मेरो सहमति र अनुमति प्रदान गर्दछु। [एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्]:
 हो होइन
- अङ्ग्रेजी मेरो मुख्य भाषा होइन भने, मलाई दोभाषे र/वा अनुवादका सेवाहरू प्रस्ताव गरिएको र अनुरोध गरिएको भएमा उपलब्ध गराइएको थियो भनी पुष्टि गर्छु [एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्]:
 हो होइन लागू नहुने
- म Medicare र/वा Medicaid लगायत, आफ्ना बीमासम्बन्धी लाभहरू सिधै आँखा तथा दृष्टि केन्द्रमा भुक्तान गर्न अनुमति प्रदान गर्दछु। कुनै पनि ब्यालेन्सका लागि आर्थिक रूपमा म नै जिम्मेवार छु भन्ने मैले बुझेको छु। म आँखा तथा दृष्टि केन्द्रलाई मेरा बीमाका दावीहरू प्रशोधन गर्न आवश्यक पर्ने कुनै पनि जानकारी जारी गर्न पनि अधिकार प्रदान गर्दछु। [एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्]:
 हो होइन लागू नहुने
- म यस सहमति र अधिकारमा उल्लेख गरिएका कथनहरू र सम्झौताहरू बुझ्छु। मसँग मेरो उपचार सम्बन्धी कुनै पनि प्रश्नको मेरो चिकित्सकबाट जवाफ पाउने अधिकार छ भन्नेबारे मैले बुझेको छु र मेरा सबै प्रश्नको जवाफ दिइएको कुरामा म सहमत छु। म आँखा तथा दृष्टि केन्द्रलाई सेवा अस्वीकार गर्ने अधिकार छ भन्ने कुरा स्वीकार गर्छु र सहमत छु।

_____ मिति: _____
बिरामी वा बिरामीको कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर

कानुनी अभिभावकको पूरा नाम (लागू हुने भएमा) _____

_____ मिति: _____
दोभाषेको हस्ताक्षर (लागू हुने भएमा)