

गोपनीयता प्रथाओं की स्वीकृति और सहमति प्रपत्र

Privacy Practices Acknowledgment and Consent

मुझे आपका गोपनीयता प्रथाओंकी सूचनामिला और / या मुझे इसकी समीक्षा करने का अवसर प्रदान किया गया है

मैं इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नियुक्तियों, पर्चे नवीनीकरण, प्रयोगशाला परिणाम, और अन्य सभी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी* (PHI) के बारे में वाइस मेल प्रणालियों और एसरिंग मशीनों पर निम्नलिखित टेलीफोन नंबरों के अलावा मेरे द्वारा प्रदान किए गए संपर्क के किसी भी अन्य साधन पर टेलीफोन संदेश छोड़ सकते हैं।

(____)_____ घर/ कार्यालय/ सेल/ ईमेल

(____)_____ घर/ कार्यालय/ सेल/ ईमेल

(अगर प्रयोगशाला परिणामों के साथ हमें आपका संपर्क करने की आवश्यकता है, तो कृपया यदि कोई हों उत परसेंटडा लकन नबर के बगल में एक चेक मार्क रखिये।)

मैं सहमत हूँ कि मेरे PHI को मेरे पति पत्नी के साथ शेयर किया जा सकता है _____
नाम

मैं सहमत हूँ कि मेरे PHI को निम्नलिखित अन्य लोगों के साथ शेयर किया जा सकता है

नाम

टेलीफोन नंबर

जन्म तिथि

*1996 के स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम और उसके नियमों में परिभाषित किया गया है ("HIPAA")

रोगी का नाम (प्रिंट) _____

हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

*यदि रोगी 18 वर्ष से कम उम्र का नाबालिग है, तो जिम्मेदार माता-पिता या अभिभावक को हस्ताक्षर करना और नीचे टी गई जानकारी को भरना पड़ेगा

माता-पिता/ अभिभावक का नाम (प्रिंट): _____ रोगी के साथ रिश्ता: _____

मैं समझता हूँ कि North Valley Eye Care को लिखित नोटिस देकर मैं किसी भी समय पूर्णगामी समझौते को बदल सकता हूँ। मेरे PHI को उपरोक्त संदर्भित उद्देश्यों के लिए इस तरह के प्राप्तकर्ता द्वारा आगे प्रकट किया जा सकता है और मेरे PHI को अब राज्य और फेडरल कानूनों द्वारा अब संरक्षित नहीं किया जा सकता है क्योंकि ऐसी जानकारी जारी करने के लिए मैंने अधिकृत किया है। मैं यह भी समझता हूँ कि यदि ऐसे व्यक्ति(याँ) को जारी किए गए अधिकृत के बाद किसी भी तरह के नुकसान के परिणाम के लिए North Valley Eye Care उत्तरदायी नहीं होगा।

रोगी पोर्टल

हमारा अत्यधिक सुरक्षित, ऑनलाइन रोगी पोर्टल आ गया है और आप अपने आप नामांकित हो गए हैं।

अब आपको 24/7 ऑनलाइन पर आपकी चिकित्सा जानकारी पाने के साथ-साथ कई अन्य महान लाभ हैं। अधिक जानने के लिए, कृपया कार्यालय में पोस्ट की गई विषयों को देखिये या हमारे स्टाफ सदस्यों में से किसी से अधिक जानकारी के लिए पूछें। यदि आप रोगी पोर्टल से बाहर निकलना चाहते हैं, तो कृपया निम्नलिखित बॉक्स को चेक करें ।

[Form PPAC Hindi NVEC](#)