एकिकृत सरकार सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग

619 Ann Avenue, Kansas City, KS 66101-3038 फोन नम्बर (913) 573-8855
wycokck.org/health

नाम: _____ **जन्ममिति:** ___/___/___
थर पहिलो बिच प्रथमाक्षर

ठेगाना: _____
सडक ठेगाना अपार्टमेन्ट # सहर राज्य जिप

घरको फोन नम्बर: _____ **सेल:** _____ **लिङ्ग:** ☐ पुरूष ☐ महिला

आमाबुवाको नाम: _____ **आमाबुवाको सेल फोन:** _____

विद्यार्थी >18 उमेरको भएमा आमाबुवालाई नतिजाहरू खुलासा गर्न अनुमति: _____
विद्यार्थीको हस्याक्षर

प्राथमिक भाषा:
☐ अङ्ग्रेजी ☐ जर्मनी
☐ स्पेनिस ☐ इटालियन
☐ अरबी ☐ पर्चुगाल
☐ चिनियाँ ☐ रुसी
☐ कोरियाली ☐ भियतनामी
☐ फ्रेन्च ☐ साङ्केतिक
☐ अन्य _____

अङ्ग्रेजी बोल्नुहुन्छ/बुझ्नुहुन्छ? ☐ हुनेछ ☐ हुनेछैन

जाति:
☐ अमेरिकी भारतीय/अलास्का निवासी
☐ एशियाली
☐ अश्वेत/अफ्रिकी अमेरिकी
☐ बहु-जातीय
☐ हवाइ निवासी/प्रशान्त द्वीपवासी श्वेत
☐ अन्य/अज्ञात जवाफ दिन
☐ अस्वीकार

जातीय:
☐ सेन्ट्रल र दक्षिण अमेरिका
☐ क्युबान
☐ हिस्प्यानिक/ल्याटि
☐ नो गैर-हिस्प्यानिक
☐ मेक्सिकन प्युर्टो
☐ रिकन अज्ञात
☐ जवाफ दिन अस्वीकार

जन्मेको देश: _____ **अमेरिकी आगमन मिति:** ___/___/___

तपाईंले BCG (TB) विरुद्ध खोप लगाउनुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन ☐ अज्ञात *(BCG अमेरिकामा दिइँदैन)*

तपाईंले पहिले TB छाला परीक्षण गराउनुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन मिति: ___/___/___
☐ नेगेटिभ ☐ पोजिटिभ - इन्ड्युरेसन: _____मिलिमिटर

के तपाईं गत वर्ष संयुक्त राज्यभन्दा बाहिर यात्रा गर्नुभएको थियो? ☐ थियो ☐ थिएन

थियो भने: यात्राको गन्तव्य: _____ **बसाइको लम्बाई:** _____ **उद्देश्य:** _____

तपाईं हाल स्टेरोइड, केमोथेरापी वा प्रतिरक्षासँग सम्झौता गर्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन

हाल लक्षणहरू: ☐ प्रोडक्टिभ कफ (3 हप्ताभन्दा बढिसम्म) ☐ रातीमा पसिना आउने ☐ चिसो हुने
☐ कुनै पनि होइन ☐ ज्वरो ☐ खोक्दा रगत आउने ☐ अस्पष्ट तौल घट्ने ☐ थकान ☐ पिसाबमा रगत देखिने

मलाई परदर्शन गरिने TB परीक्षण परक्रिया गर्न सूचित गरिएको छ र सहमति जनाएको छु।
(18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा– आमाबुवा वा कानुनी अभिभारकको हस्ताक्षर गराउनुपर्छ)

X _____ ***मिति:*** ___/___/___

क्लिनिकल प्रयोगका लागि मात्र:

स्क्रिनर प्रारम्भिक: _____

☐ **NKDA** **एलर्जीहरू:** _____

टिप्पणीहरू: _____

IGRA बारकोड नम्बर: _____ **IGRA निकाल्ने:** ___/___/___ **निकालिएको:** _____

रोगीको अधिकार र उत्तरदायित्व

बिरामीको रूपमा, तपाईंसँग केही अधिकार र जिम्मेवारीहरू छन्। हाम्रो प्राथमिक उत्तरदायित्व भनेको तपाईंलाई सक्दो राम्रो स्वास्थ्य स्याहार दिनु हो। हामी तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारमा तपाईंलाई बुझ्न, सहकार्य गर्न र सहभागी हुन प्रोत्साहन गर्छौं। तपाईं प्रश्नहरू सोध्न, टिप्पणी गर्न र सुझावहरू दिन सक्नुहुन्छ।

तपाईंसँग निम्न अधिकार छ...	**तपाईंसँग निम्न जिम्मेवारी छ....**
• तपाईंका व्यक्तिगत मूलमान्यता र विश्वास, उमेर, लिङ्ग, जाति, रङ, धर्म, राष्ट्रिय मूल वा स्याहार प्राप्त गरेबापत भुक्तानी गर्ने क्षमता जे-जस्तो भएपनि नम्र र सम्मानजनक तरिकामा स्याहार प्राप्त गर्ने; • तपाईंको चिकित्सा टोलीबाट तपाईंले बुझ्ने भाषामा हामीले गरेका निदान, उपचार र रोग निदानका बारेमा पूर्ण, हालको जानकारी प्राप्त गर्ने; • कानुनद्वारा अनुमति दिइएको हदसम्म उपचार अस्वीकार गर्ने र तपाईंले उपचार अस्वीकार गरेको अवस्थामा चिकित्सा परिणामहरूका बारेमा जानकारी पाउने; कुनै पनि सेवा स्वीकार गर्नु भनेको स्वास्थ्य विभागले प्रदान गरेका अन्य सेवाहरू, सहायता प्राप्त गर्ने वा कुनै अन्य कार्यक्रममा सहभागी हुने योग्यताका लागि पूर्व सर्त राख्नु होइन; • स्याहारसम्बन्धी निर्णयहरूमा सहभागी हुने; • सुसूचित सहमति आवश्यक हुँदा सम्भावित जोखिम, विकल्प (उपचारबाहेक अन्यसहित) र प्रस्तावित प्रक्रिया, स्याहार, उपचार र सेवाहरूसँग सम्बन्धित लाभहरूका बारेमा प्रभावकारी सञ्चार प्राप्त गर्ने; • तपाईंको स्याहार र चिकित्सा रेकर्डहरूका बारेमा गोप्यता र गोपनीयताका लागि; • भाषा व्याख्या र अनुवादनसहित तपाईंले बुझ्ने भाषामा जानकारी प्राप्त गर्ने। योग्य साङ्केतिक भाषा दोभाषे र पाठकहरूसहित सहायक र सञ्चार सहायताहरूको पूर्ण दायरा बिरामीका लागि निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ; • सुरक्षित सेटिङमा विचारशील र सम्मानजनक तरिकामा स्याहार प्राप्त गर्ने; • तपाईंको स्याहारमा नैतिक समस्याहरू उत्पन्न भएमा कर्मचारीहरूसँग कुरा गरेर परिवारका प्रवक्ता नियुक्त गर्ने;	• तपाईंको स्याहार, उपचार र सेवाहरूलाई सहज बनाउने सही जानकारी प्रदान गर्ने; • तपाईंले उपचारको समायावधि वा स्याहारसम्बन्धी निर्णयहरू नबुझ्दा प्रश्नहरू सोध्ने वा स्वीकार गर्ने; • उपचार अस्वीकार गर्ने वा चिकित्सा टोलीका निर्देशनहरूको पालना नगर्ने सम्बन्धमा निम्तिने परिणामहरूका लागि जिम्मेवारी स्वीकार गर्ने; • कर्मचारी र अन्य परिवारहरूसँग विचारशील, विनम्र र सहयोगी रूपमा व्यवहार गर्ने; • अन्य बिरामीहरू र स्याहार प्राप्त गर्ने परिवारहरूको संस्कृति, मूलमान्यता, विश्वास, गोप्यता र गोपनीयताको सम्मान गर्ने; • आफ्ना व्यक्तिगत सम्पत्ति र बहुमूल्य वस्तुहरूको ख्याल गर्ने र स्वास्थ्य विभागको सम्पत्तिको सम्मान गर्ने; • बिरामीको स्याहार र आचरणलाई प्रभाव पारिरहेका स्वास्थ्य विभाग साइटका नियमहरूको पालना गर्ने; • तपाईंको व्यवहारका साथै तपाईंका आगन्तुकहरूको व्यवहार उचित र जिम्मेवार र अन्य बिरामी र कर्मचारीका अधिकारहरूका लागि विचारशील छ भन्ने सुनिश्चित गर्ने; • कर्मचारी र चिकित्सकहरूसँगको तपाईंको अन्तरक्रियामा नागरिक भाषा र आचरण कायम राखेर पारस्परिक विचार र सम्मानलाई समर्थन गर्ने; • आफ्नो बिल भुक्तानी गर्ने वा 30 दिनभित्र आफ्नो बिल भुक्तानी गर्ने व्यवस्था मिलाउने; **वयस्कहरूले आफ्नो स्याहारमा रहेका बालबालिकाहरूको निरीक्षण गर्ने अपेक्षा गरिन्छ। अनुपयुक्त व्यवहारले सुविधास्थलबाट निकालिने र/वा स्वास्थ्य विभागबाट डिस्चार्ज हुने अवस्था निम्त्याउन सक्छ।*

पात्रो वर्षका लागि सहमति र HIPAA स्वीकृति प्राप्ति: _____

- **सामान्य सहमति:** म एकीकृत सरकार जनस्वास्थ्य विभागलाई मलाई वा मेरो बच्चालाई स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्छु।
- **क्षयरोग सहमति:** म एकीकृत सरकार जनस्वास्थ्य विभागलाई मलाई वा मेरो बच्चालाई क्षयरोगसम्बन्धी स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू उपलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्छु।
    - म क्लिनिकमा मेरो स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी र भ्रमणहरू राज्य तथा संघीय कानुनअनुसार गोपनीय छन् र सेवाहरू उपलब्ध गराउन वा कानुनद्वारा आवश्यक भएको अवस्थामाबाहेक मैले मेरो लिखित अनुमति नदिएसम्म मेरो मामिला क्लिनिक बाहिर कसैसँग छलफल गरिने छैन भन्ने कुरा बझ्दछु।
    - म मलाई क्लिनिकको क्षेत्रभन्दा बाहिरको स्याहार चाहिन्छ भने, मलाई मेरो रोजाइको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायक सिफारिस गरिने छ भन्ने कुरा बुझ्दछु।
    - <u>17 वर्ष र सोभन्दा मुनिको उमेर:</u> म मेरा गोपनीयता अधिकारहरूमा निम्न अतिरिक्त अपवादहरू हुन सक्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु:
        - जीवन-जोखिमको अवस्था पहिचान भएको छ र म सिफारिसहरूमा फलो-अप गर्न इच्छुक छैन वा असक्षम छु भने, क्लिनिक कर्मचारीले अभिभावक वा कानुनी अभिभावकलाई सूचित गर्न सक्नुहुन्छ।
        - क्लिनिक कर्मचारीले बाल दुर्व्यवहार र बेवास्ताका बारेमा रिपोर्टिङको सन्दर्भमा कन्सास राज्य कानुन पालना गर्नु पर्ने छ।

मैले यो फाराम पढेको छु, यसमा भएका जानकारी बुझेको छु, मेरा सबै प्रश्नको चित्तबुझ्ने जवाफ पाएको छु र म स्वेच्छाले यस क्लिनिकद्वारा प्रदान गरिएका सेवाहरू प्राप्त गर्न यो सहमतिमा हस्ताक्षर गर्दै छु। म वित्तीय नीतिको बारेमा सचेत छु त मेरो वित्तीय जिम्मेवारीहरू पूर्ण रूपमा बुझ्दछु। म प्रदान गरिएको सबै सेवाहरू मेरो बीमाद्वारा नसमेटिएका सेवाहरूका लागि भुक्तान गर्न सहमत छु। स्वास्थ्य कभरेज अवस्थित भएमा म अन्यथा लिखित रूपमा विशिष्ट नहुँदासम्म मेरो स्वास्थ्य योजना बिल गर्न सहमत छु म मेरो WIC वित्तीयसम्बन्धी जानकारीको प्रयोग गर्न अनुमति दिन्छु।

बिरामी वा बिरामीको प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

_____मिति: _____

<u>गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचनाको समीक्षा स्वीकृति:</u>

म मलाई एकीकृत सरकार जनस्वास्थ्य विभागको गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचनाको प्रतिलिपि प्रदान गरिएको छ भन्ने कुरा स्वीकार गर्दछु।

_____

बिरामी/बिरामी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर मिति

_____

बिरामीसँगको सम्बन्ध