

iAMERICA WELLNESS — प्रवेश पैकेट (हिन्दी)

1 नाबालिग के उपचार के लिए सहमति पत्र

नाबालिग का नाम: _____ जन्म तिथि: _____ अभिभावक/कानूनी
प्रतिनिधि का नाम: _____ नाबालिग से संबंध: _____

मैं, उपरोक्त नाबालिग का अभिभावक/कानूनी प्रतिनिधि, स्वेच्छा से iAMERICA WELLNESS में निम्नलिखित सेवाएं प्राप्त करने के लिए सहमति देता/देती हूँ:

- मानसिक स्वास्थ्य मूल्यांकन और निदान
- व्यक्तिगत, पारिवारिक या समूह चिकित्सा
- मनोचिकित्सक या चिकित्सकीय परामर्श
- सहायक सेवाएं या जीवन कौशल प्रशिक्षण
- विद्यालय या समुदाय समन्वय

☐ मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे इस नाबालिग के लिए कानूनी रूप से सहमति देने का अधिकार है (आवश्यक होने पर दस्तावेज़ उपलब्ध हैं)

अभिभावक/प्रतिनिधि के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____ (यदि
नाबालिग की आयु 14+ है) हस्ताक्षर: _____ कर्मचारी/गवाह के हस्ताक्षर: _____

2 दोहरी निदान सेवाओं के लिए सहमति पत्र

ग्राहक का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

मैं मानसिक स्वास्थ्य और नशा उपयोग दोनों क्षेत्रों से संबंधित सेवाएं प्राप्त करने के लिए सहमति देता/देती हूँ, जिनमें शामिल हो सकते हैं:

- संयुक्त निदान चिकित्सा

- पुनर्प्राप्ति सहायता या पुनरावृत्ति की रोकथाम
- दवा या चिकित्सकीय देखभाल
- केस मैनेजमेंट या सहकर्मि सहायता सेवाएं

मैं समझता/समझती हूँ कि:

- सेवा प्रदाता आपस में सूचना साझा कर सकते हैं
- नशा उपचार की जानकारी 42 CFR भाग 2 के अंतर्गत संरक्षित है और साझा करने के लिए विशेष अनुमति की आवश्यकता होती है
- मैं इस सहमति को कभी भी लिखित में रद्द कर सकता/सकती हूँ
- यह सहमति मेरी आवश्यकताओं के अनुसार एकीकृत देखभाल की अनुमति देती है

☐ मैं निम्न के बीच आंतरिक सूचना साझा करने की अनुमति देता/देती हूँ: ☐ चिकित्सक ☐ केस मैनेजर ☐ नशा सलाहकार ☐ मनोचिकित्सक / मेडिकल प्रदाता ☐ सहकर्मि पुनर्प्राप्ति कोच ☐ अन्य:

ग्राहक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____ कर्मचारी के हस्ताक्षर: _____

3 अभिभावक की सेवा प्राधिकरण सहमति

ग्राहक का नाम: _____ जन्म तिथि: _____ अभिभावक का नाम: _____
ग्राहक से संबंध: _____

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे उपरोक्त व्यक्ति की ओर से सेवाओं के लिए सहमति देने का कानूनी अधिकार है, और आवश्यक होने पर मैं दस्तावेज़ प्रदान कर चुका/चुकी हूँ या करूंगा/करूंगी।

मैं iAMERICA WELLNESS को निम्न सेवाएं प्रदान करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ:

- मनोवैज्ञानिक या नैदानिक मूल्यांकन
- मानसिक स्वास्थ्य या दोहरी निदान उपचार
- दवा प्रबंधन या चिकित्सकीय सलाह
- जीवन कौशल प्रशिक्षण, सहकर्मि सहायता, या केस समन्वय

- आपातकालीन योजना और बाहरी एजेंसियों से समन्वय

☐ अभिभावकता संबंधी दस्तावेज़ संलग्न हैं / अनुरोध पर उपलब्ध हैं

अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____ कर्मचारी के
हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

4 जानकारी जारी / प्राप्त करने की अनुमति (ROI)

ग्राहक का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

मैं iAMERICA WELLNESS को अधिकृत करता/करती हूँ: ☐ जानकारी जारी करने के लिए ☐ जानकारी प्राप्त करने के लिए ☐ जानकारी साझा करने के लिए

एजेंसी / व्यक्ति का नाम: _____ उद्देश्य (चिह्नित करें): ☐ उपचार समन्वय ☐ कानूनी / न्यायिक ☐ लाभ / पात्रता ☐ ग्राहक अनुरोध ☐ अन्य: _____

जारी की जाने वाली जानकारी (चयन करें): ☐ मानसिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड ☐ नशा उपचार रिकॉर्ड (42 CFR भाग 2) ☐ दवाएं / चिकित्सकीय जानकारी ☐ मूल्यांकन / परीक्षण ☐ शैक्षणिक / रोजगार रिकॉर्ड ☐ कानूनी दस्तावेज़ ☐ संपूर्ण फाइल ☐ अन्य: _____

मान्य अवधि: _____ से _____ तक ☐ मैं किसी भी समय इस प्राधिकरण को लिखित में रद्द कर सकता/सकती हूँ

ग्राहक/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____ कर्मचारी /
गवाह का हस्ताक्षर: _____

5 गोपनीयता अभ्यास की स्वीकारोक्ति (HIPAA)

ग्राहक का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे iAMERICA WELLNESS द्वारा HIPAA गोपनीयता प्रथाओं की सूचना प्राप्त हुई है या उसका प्रस्ताव किया गया है, जिसमें यह बताया गया है कि मेरी स्वास्थ्य जानकारी कैसे उपयोग या साझा की जा सकती है और HIPAA के अंतर्गत मेरे अधिकार क्या हैं।

ग्राहक/अभिभावक का हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____ कर्मचारी
का हस्ताक्षर: _____

6 टेलीहेल्थ सेवाओं के लिए सहमति पत्र

ग्राहक का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

मैं टेलीफोन, वीडियो, या सुरक्षित ऑनलाइन संचार माध्यमों के ज़रिए सेवाएं प्राप्त करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ:

- सत्र यथासंभव सुरक्षित और गोपनीय तरीके से होंगे
- तकनीकी सीमाओं के बावजूद गोपनीयता बनाए रखने के लिए उपाय अपनाए जाएंगे
- मैं इस सहमति को किसी भी समय रद्द कर सकता/सकती हूँ और आमने-सामने सेवा का अनुरोध कर सकता/सकती हूँ
- मुझे अपने स्थान पर निजी वातावरण सुनिश्चित करना होगा

ग्राहक/अभिभावक का हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____ कर्मचारी
का हस्ताक्षर: _____