

## स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र

**कैरी डाउनी एलीमेंट्री**  
1201 डेलवेयर स्ट्रीट  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)323-2926

**विल्मिंगटन मैनॉर एलीमेंट्री**  
200 ई रूसवेल्ट एवेन्यू  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)323-2901

**आइज़ेनबर्ग एलीमेंट्री**  
27 लैंडसे लेन  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)429-4074

**कासल हिल्स एलीमेंट्री**  
502 मूस लेन  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)323-2915

**न्यू कासल एलीमेंट्री**  
903 डेलवेयर स्ट्रीट  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)323-2880

**विल्बर एलीमेंट्री**  
4050 रेंगल हिल रोड  
बेयर, डीई 19701  
फ़ोन: (302)832-6330

**प्लीज़ेंटविले एलीमेंट्री**  
16 प्लीज़ेंट प्लेस  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)323-2935

**सदर्न एलीमेंट्री**  
795 कॉक्स नेक रोड  
न्यू कासल,, डीई 19720  
फ़ोन: (302)832-6300

प्रिय माता-पिता/अभिभावक:

स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र (School-Based Wellness Center (SBWC)) नेमॉर्स चिल्ड्रन्स हेल्थ और कोलोनियल स्कूल डिस्ट्रिक्ट के बीच एक साझेदारी है। यह पत्र आपके बच्चे को SBWC के लिए साइन अप करने का निमंत्रण है।

यह स्वास्थ्य देखभाल आपके बच्चे के स्कूल के SBWC में चिकित्सक या पेशेवर नर्स और मनोवैज्ञानिक या लाइसेंस प्राप्त नैदानिक सामाजिक कार्यकर्ता/मानसिक स्वास्थ्य के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर परामर्शदाता द्वारा प्रदान की जाती है।

अपने बच्चे को SBWC में साइन अप करने के लिए, आपको निम्नलिखित प्रदान करने होंगे:

- बीमा की नवीनतम जानकारी ज़रूरी है, अगर आपका बच्चा बीमित है। (नोट: आपसे सह-भुगतान, सह-बीमा या कटौती राशि नहीं ली जाएगी और भुगतान करने की क्षमता के आधार पर किसी को लौटाया नहीं जाएगा।)
- भरा हुआ सहमति फ़ॉर्म (इस पैकेट में शामिल है)।
- भरा हुआ छात्र पंजीकरण फ़ॉर्म और स्वास्थ्य इतिहास फ़ॉर्म (इस पैकेट में शामिल है) भरे हुए नामांकन/पंजीकरण फ़ॉर्म जितना जल्दी हो सके SBWC को लौटा दिए जाने चाहिए।

प्रस्तुत SBWC सेवाएं:

- शारीरिक जांच
- स्वास्थ्य की जांच
- टीकाकरण
- मामूली बीमारियों और चोटों का निदान और उपचार
- परामर्श (व्यक्तिगत, परिवार और समूह)
- संकट हस्तक्षेप और आत्महत्या की रोकथाम
- स्वास्थ्य शिक्षा/जोखिम में कमी

कृपया यह जानें कि इसके बाद भी आपके बच्चे के बाल रोग विशेषज्ञ या पारिवारिक चिकित्सक ही आपके बच्चे के मुख्य डॉक्टर होंगे। SBWC आपके बच्चे के बाल रोग विशेषज्ञ या पारिवारिक डॉक्टर की जगह नहीं लेता है और SBWC डॉक्टर और नर्स आपके बच्चे की देखभाल के लिए, आपके बच्चे के मुख्य डॉक्टर के साथ काम करेंगे। SBWC ऐसी सेवाएं प्रदान करता है जो आपके मुख्य डॉक्टर द्वारा प्रदान की जाने वाली देखभाल में वृद्धि कर सकती हैं। उचित होने पर और आपकी अनुमति से, हम स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के दोहराव को रोकने के लिए और आपके बच्चे की अच्छी देखभाल करने के लिए, आपके बच्चे के डॉक्टर के साथ चिकित्सा जानकारी साझा करने का प्रयास करेंगे। अगर आपके बच्चे के लिए डॉक्टर नहीं हैं, तो हमें बिना आपकी अनुमति के आपके बच्चे को SBWC में पंजीकृत करवाएंगे। फिर, आपके और आपके बच्चे के मुख्य डॉक्टर के साथ, हम आपके बच्चे को स्वस्थ और स्कूल में रखने की दिशा में काम कर सकते हैं। कृपया अपने बच्चे के बाल रोग विशेषज्ञ या पारिवारिक डॉक्टर को प्रोत्साहित करें कि उनका कोई प्रश्न हो, तो वे SBWC को कॉल करें। अगर आपका कोई प्रश्न है या ज़्यादा जानकारी चाहिए, तो कृपया स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र पर कॉल करें।

भवदीय,



## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र सेवाओं के लिए माता-पिता/छात्र की सहमति

मैं, \_\_\_\_\_ इनके लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ \_\_\_\_\_

(छात्र के माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि)

(छात्र का नाम)

**नेमोर्स चिल्ड्रन्स हेल्थ (नेमोर्स)** द्वारा प्रशासित स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र पर स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने के लिए।

### प्रदान की जाने वाली सेवाएं:

- विस्तृत स्वास्थ्य आकलन (उन छात्रों के लिए जिनके पास प्राथमिक चिकित्सा फ़िज़ीशियन नहीं है)
- टीकाकरण
- मामूली, ज़्यादा और लंबे समय से चली आ रही स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं का निदान और उपचार
- विशेषज्ञ देखभाल, मुंह और आंखों संबंधी स्वास्थ्य सेवाओं के लिए रेफरल और फॉलो-अप
- मानसिक स्वास्थ्य, संकट में हस्तक्षेप, परामर्श और उपचार
- आपातकालीन मानसिक रोग संबंधी देखभाल, सामुदायिक और सहायता कार्यक्रम सहित मानसिक स्वास्थ्य और नशे की लत संबंधी सेवाएं

अपने छात्र को स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र में भाग लेने की अनुमति की सहमति देने के लिए, मैं निम्नलिखित को स्वीकार करता हूँ और सहमत हूँ:

1. मुझे संलग्न नेमोर्स नोटिस ऑफ़ प्राइवैसी प्रैक्टिस ब्रोशर प्राप्त करने और उसे पढ़ने का अवसर मिला है। (पैकेट के भीतर शामिल)
2. मैं समझता हूँ कि कवर की गई सेवाओं के लिए बीमा को बिल भेजा जा सकता है और मैं सेवाएं प्रदान करने से पहले बीमा संबंधी जानकारी प्रदान करने के लिए सहमत हूँ।
3. मैं समझता हूँ कि स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र अपनी सेवाओं के उपयोग के लिए सह-भुगतान या कोई अन्य आउट-ऑफ़-पॉकेट शुल्क नहीं लेगा।
4. मैं समझता हूँ कि इस सहमति को रद्द करने से पहले, पहले से की गई किसी भी कार्रवाई को छोड़कर, इस सहमति को किसी भी समय लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है। यह रद्दीकरण लिखित रूप में होना चाहिए और मेरे छात्र की देखभाल से जुड़े स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र को भेजा जाना चाहिए।
5. मैं समझता हूँ कि स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र कोलोनिअल स्कूल डिस्ट्रिक्ट की सहभागिता में काम करता है। इस सहभागिता के एक भाग के रूप में, दोनों पक्ष स्कूल और मेडिकल रिकॉर्ड सहित मेरे बच्चे से संबंधित सभी लिखित और मौखिक जानकारी की समीक्षा कर सकते हैं और उसे साझा कर सकते हैं। वे बच्चे और परिवार के सर्वोत्तम हित में कोलोनिअल स्कूल के कर्मचारियों के साथ प्राथमिक चिकित्सा और/या सामूहिक आनुवंशिकताओं पर भी चर्चा कर सकते हैं।
6. मैं समझता हूँ कि रिकॉर्डिंग (फोटो, वीडियो, इलेक्ट्रॉनिक या ऑडियो मीडिया) सहित, जानकारी को केवल नीचे दी गई आवश्यकतानुसार एकत्र, उपयोग और दूसरों के साथ साझा किया जा सकता है:

## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र सेवाओं के लिए माता-पिता/छात्र की सहमति

- स्वास्थ्यचर्या प्रदाताओं के साथ उपचार का तालमेल करना;
- यह सुनिश्चित करना कि हम जिन प्रदाताओं के पास रेफर करते हैं उन्हें स्वास्थ्य संबंधी सभी आवश्यक जानकारी मिले;
- पात्रता, बिलिंग, दावा प्रबंधन, चिकित्सा आवश्यकता, और उपयोग की समीक्षा;
- संक्रामक रोगों जैसे रोगों या चोटों की आवश्यक रिपोर्टिंग;
- रजिस्ट्री को आवश्यक रिपोर्टिंग जैसे कैंसर और टीकाकरण; और
- स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के आदान-प्रदान में शामिल करना।

7. मैं सहमत हूँ कि स्कूल कर्मचारी चिकित्सा जांच के लिए मेरे बच्चे के साथ जा सकते हैं।

8. मैं स्वीकार करता हूँ कि पंजीकरण स्वास्थ्य इतिहास फॉर्म पर प्रदान की गई सभी जानकारी और यह सहमति सटीक और पूर्ण है।

9. टेलीहेल्थ

- मैं समझता हूँ कि "टेलीहेल्थ" डिजिटल संचार प्रौद्योगिकी का उपयोग करके स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने का एक तरीका है। इसमें मेरे प्रदाता के समान भौतिक स्थान पर हुए बिना मूल्यांकन, निदान, परामर्श, शिक्षित, निगरानी करने और देखभाल और उपचार का प्रबंधन करने में मदद मिलती है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि टेलीहेल्थ विज़िट व्यक्तिगत विज़िट के समान नहीं है क्योंकि मैं अपने प्रदाता के साथ एक ही कमरे में नहीं रहूंगा। मैं समझता हूँ कि जब तक मेरी स्थिति इस तकनीक के उपयोग के अनुकूल नहीं है, तब तक मेरा टेलीहेल्थ के माध्यम से इलाज नहीं किया जाएगा क्योंकि मेरे प्रदाता पूर्ण शारीरिक जांच के कुछ पहलुओं की जांच नहीं कर पाएंगे।
- मैं समझता हूँ कि डिजिटल संचार प्रौद्योगिकी में दूरस्थ रोगी निगरानी, सुरक्षित वीडियो कन्फ्रेंसिंग, और/या मेरी देखभाल टीम के साथ सुरक्षित टेक्स्टिंग सहित रीयल टाइम टू-वे ऑडियो, वीडियो, या अन्य दूरसंचार या इलेक्ट्रॉनिक संचार शामिल हो सकते हैं, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है।
- मैं समझता हूँ कि टेलीहेल्थ सेवाओं का उपयोग करने के लाभ हैं, जिनमें सुविधाजनक चिकित्सा मूल्यांकन और प्रबंधन शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं। मैं यह भी समझता हूँ कि टेलीहेल्थ के माध्यम से उपचार प्राप्त करने में ये जोखिम शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं, जैसे ऑडियो/वीडियो कनेक्शन में रुकावट, जिसके परिणामस्वरूप मुलाकात को बाद के समय तक स्थगित किया जा सकता है और/या वैकल्पिक तरीके से किया जा सकता है, और, दुर्लभ मामलों में, मेरी गोपनीय जानकारी तक अनधिकृत पहुंच हो सकती है। मैं समझता हूँ कि तकनीकी खराबी की स्थिति में मुझे तुरंत अपने प्रदाता के कार्यालय से संपर्क करना चाहिए, या, यदि कोई आपात स्थिति है, तो 911 डायल करना चाहिए।
- मैं समझता हूँ कि मेरी चिकित्सा जानकारी की गोपनीयता की रक्षा करने वाले कानून टेलीहेल्थ पर भी लागू होते हैं और यह कि नेमॉर्स मेरी गोपनीयता की रक्षा करने में मदद करने के लिए सुरक्षा प्रोटोकॉल का उपयोग करते हैं। साथ ही, यह सुनिश्चित करते हैं कि मेरे गोपनीय संचार केवल उसी देखभाल टीम के सदस्य (सदस्यों) को भेजे जाएं जिन्हें भेजा जाना है।

## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र सेवाओं के लिए माता-पिता/छात्र की सहमति

- मैं समझता हूँ कि रिकॉर्डिंग के समय नेमॉर्स मेरी सहमति के बिना मेरी टेलीहेल्थ विज़िट का वीडियो या ऑडियो रिकॉर्ड नहीं करेंगे।
  - मैं सहमत हूँ कि जब और जहां मेरे प्रदाता या मेरी देखभाल टीम के योग्य सदस्य यह निर्धारित करते हैं कि यह उचित और आवश्यक है, तो नेमॉर्स मुझसे स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्राप्त करें और टेलीहेल्थ संचार के माध्यम से मुझे स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करें।
  - मैं समझता हूँ कि मैं किसी भी समय टेलीहेल्थ सेवाओं में भागीदारी से इंकार कर सकता हूँ या बंद कर सकता हूँ और व्यक्तिगत रूप से मिलने जैसी वैकल्पिक सेवाओं का अनुरोध कर सकता हूँ।
10. मेरे छात्र और मैंने यह सहमति ध्यान से पढ़ ली है। मेरे सभी प्रश्नों का, अगर कोई हो, संतोषजनक उत्तर दे दिया गया है। मैं समझता हूँ कि सेवाओं के लिए इस सहमति पर हस्ताक्षर करने से पहले या बाद में मेरा कोई प्रश्न हो, तो मैं स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र संयोजक को कॉल कर सकता हूँ।

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं ऊपर नामित छात्र का माता-पिता या कानूनी प्रतिनिधि हूँ और मैंने अपने छात्र के स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र में दी जाने वाली सेवाओं के बारे में उपरोक्त सहमति विवरण पढ़ लिया है और अपने छात्र के भाग लेने के लिए स्वैच्छिक स्वीकृति देता/देती हूँ। मैं स्वीकार करता हूँ कि मुझे सेवाओं/उपचार से प्राप्त होने वाले परिणामों के बारे में कोई गारंटी या आश्वासन नहीं दिया गया है।

छात्र के माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

छात्र के माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट अक्षरों में लिखा नाम \_\_\_\_\_

रोगी से संबंध: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ (सुबह/शाम)

\*नेमॉर्स में शामिल हैं: फ्लोरिडा का गैर-लाभकारी कॉर्पोरेशन, नेमोर्स फाउंडेशन, इसके ऑपरेटिंग डिवीजन और साइट्स, और इसके सहयोगी और नियंत्रण वाली कंपनियां, जिनमें नेमॉर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, डेलावेयर; नेमॉर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, फ्लोरिडा; नेमॉर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, ब्रायन मावर; और नेमॉर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, डेट्रॉइट; और नेमॉर्स चिल्ड्रन हेल्थ के नाम से संचालित सभी संस्थाएं शामिल हैं।



रोगी का नाम:

MRN:

जन्मतिथि:

## नाबालिग के निर्णयकर्ता के लिए स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र की अपॉइंटमेंट

में, \_\_\_\_\_ इन्हें नियुक्त करता हूँ \_\_\_\_\_

(माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि)

(निर्णयकर्ता का नाम)

अपने स्थान पर, इनके लिए, निर्णयकर्ता के तौर पर \_\_\_\_\_

(बच्चे का नाम)

(जन्मतिथि)

मैं ऊपर नामित व्यक्ति को अपने बच्चे की चिकित्सा देखभाल और उपचार पर चर्चा करने और सहमति देने के लिए अधिकृत कर रहा हूँ।

मैं समझता हूँ कि यह नियुक्ति तब तक जारी है जब तक मेरा बच्चा किसी भी कोलोनियल स्कूल डिस्ट्रिक्ट एलीमेंट्री

स्कूल का छात्र है। इस नियुक्ति को रद्द करने के लिए, कृपया स्वास्थ्य केंद्र से संपर्क करें (पैकेट में दिया गया है)

छात्र के माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

छात्र के माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट अक्षरों में लिखा नाम \_\_\_\_\_

रोगी से संबंध: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ (सुबह/शाम)

\*नेमोर्स में शामिल हैं: फ्लोरिडा का गैर-लाभकारी कॉर्पोरेशन, नेमोर्स फाउंडेशन, इसके ऑपरेटिंग डिवीजन और साइट्स, और इसके सहयोगी और नियंत्रण वाली कंपनियां, जिनमें नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, डेलावेयर; नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, फ्लोरिडा; नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, ब्रायन मावर; और नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, डेफोर्ड; और नेमोर्स चिल्ड्रन हेल्थ के नाम से संचालित सभी संस्थाएं शामिल हैं।

रोगी का नाम:

MRN:

जन्मतिथि:

## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र का रोगी पंजीकरण फ़ॉर्म

<b>स्कूल: (कृपया गोल निशान से घेरें)</b>					
कैरी डाउनी एलीमेंट्री	कासल हिल्स एलीमेंट्री	आइज़ेनबर्ग एलीमेंट्री	न्यू कासल एलीमेंट्री		
प्लीज़ेंटविले एलीमेंट्री	सदर्न एलीमेंट्री	विल्बर एलीमेंट्री	विल्मिंगटन मैनॉर एलीमेंट्री		
ग्रेड: K 1 2 3 4 5	छात्र की आईडी (लंच) नंबर:				
रोगी का आखिरी नाम:	पहला:		माध्यमिक:		
पहचाना गया लिंग:	पुरुष	स्त्री	ट्रांसजेंडर पुरुष	ट्रांसजेंडर स्त्री	उत्तर देने से इंकार
पता:					जन्मतिथि:
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:			
भाषा (एक पर घेरा बनाएं)	अंग्रेज़ी	स्पैनिश	संकेत	फ्रेंच	अन्य
अंग्रेज़ बोलते हैं?	बिल्कुल नहीं	अच्छी तरह नहीं	अच्छी तरह	बहुत अच्छी तरह	इंकार किया
जातीयता (एक पर घेरा बनाएं)	पुएर्टो रीको का	मेक्सिकन, मेक्सिकन अमेरिकन, चिकानो		क्यूबाई मूल	
	गैर-हिस्पैनिक या लातीनी	अन्य हिस्पैनिक, लातीनी या स्पैनिश		इंकार किया	
नस्ल (एक पर घेरा बनाएं)	भारतीय अमेरिकन या अलास्का के मूल निवासी	एशियाई भारतीय	अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी	चीनी	
	फिलीपीनो	गुआमनियाई या कमोरो	जापानी	कोरियाई	
	मूल हवाईयन	सैमोई	श्वेत या कॉकेशियाई	वियतनामी	
	अन्य एशियाई	अन्य पैसिफिक आईलैंडर	अन्य	इंकार किया	
माता-पिता 1 पूरा कानूनी नाम:				जन्मतिथि	घर का फ़ोन#:
पता:				सेलफ़ोन#:	
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:		ऑफ़िस का फ़ोन#:	
क्या आपके पास रोगी का कानूनी संरक्षण है (एक को चुनें)? <input type="checkbox"/> पूर्ण संरक्षण <input type="checkbox"/> साझा संरक्षण <input type="checkbox"/> संरक्षण नहीं है					
माता-पिता 2 पूरा कानूनी नाम:				जन्मतिथि	घर का फ़ोन#:
पता:				सेलफ़ोन#:	
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:		ऑफ़िस का फ़ोन#:	
क्या आपके पास रोगी का कानूनी संरक्षण है (एक को चुनें)? <input type="checkbox"/> पूर्ण संरक्षण <input type="checkbox"/> साझा संरक्षण <input type="checkbox"/> संरक्षण नहीं है					
कानूनी प्रतिनिधि का नाम (अगर माता या पिता नहीं हैं):				जन्मतिथि	घर का फ़ोन#:
छात्र से संबंध:				सेलफ़ोन#:	
पता:				ऑफ़िस का फ़ोन#:	
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:			
क्या आपके पास रोगी का कानूनी संरक्षण है (एक को चुनें)? <input type="checkbox"/> पूर्ण संरक्षण <input type="checkbox"/> साझा संरक्षण <input type="checkbox"/> संरक्षण नहीं है					

रोगी का नाम:

MRN:

जन्मतिथि:

## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र का रोगी पंजीकरण फ़ॉर्म

► बीमा संबंधी जानकारी (आवश्यक) –

**इसकी प्रति भेजें या तस्वीर खींच कर बीमा कार्ड के सामने और पीछे का हिस्सा**

**([SBHC@nemours.org](mailto:SBHC@nemours.org)) पर ईमेल करें**

देखभाल के लिए भुगतान का स्रोत, कृपया इनमें से एक पर निशान लगाएं:

\_\_\_\_\_ कोई बीमा नहीं

\_\_\_\_\_ मेडिकेड प्रदाता: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ मेडिकेड नंबर: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ व्यापारिक बीमा: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ पॉलिसी नंबर: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ सदस्य का नाम: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ छात्र से संबंध: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ सदस्य की जन्मतिथि: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ डेलावेयर हेल्दी चिल्ड्रन प्रोग्राम

दूसरे बीमे संबंधी जानकारी:

\_\_\_\_\_ मेडिकेड प्रदाता: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ मेडिकेड नंबर: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ व्यापारिक बीमा: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ पॉलिसी नंबर: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ सदस्य का नाम: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ छात्र से संबंध: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ सदस्य की जन्मतिथि: \_\_\_\_\_

कुंजी: K: किडरगार्टन, आईडी: पहचान; #: नंबर

\*नेमोर्स में शामिल हैं: फ़्लोरिडा का गैर-लाभकारी कॉर्पोरेशन, नेमोर्स फाउंडेशन, इसके ऑपरेटिंग डिवीजन और साइट्स, और इसके सहयोगी और नियंत्रण वाली कंपनियां, जिनमें नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, डेलावेयर; नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, फ़्लोरिडा; नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, ब्रायन मावर; और नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, डेफ़ोर्ड; और नेमोर्स चिल्ड्रन हेल्थ के नाम से संचालित सभी संस्थाएं शामिल हैं।

रोगी का नाम:

MRN:

जन्मतिथि:

## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र का स्वास्थ्य इतिहास फ़ॉर्म

स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र कर्मियों को उच्च गुणवत्ता वाली देखभाल प्रदान करने के लिए पूरे और सटीक स्वास्थ्य इतिहास की आवश्यकता होती है। कृपया इस फ़ॉर्म को अपनी सर्वश्रेष्ठ क्षमता के अनुसार भरें और सभी जानकारी स्पष्ट अक्षरों में प्रदान करें।

छात्र का नाम \_\_\_\_\_ जन्मतिथि \_\_\_\_\_ ग्रेड \_\_\_\_\_

(आखिरी) (पहला) (मध्य)  
क्या आपके बच्चे को कोई एलर्जी है? (भोजन, दवाएं, लेटेक्स)

हां  नहीं अगर हां, तो कृपया सूची प्रदान करें? \_\_\_\_\_

कृपया उन दवाओं के बारे में निम्न जानकारी प्रदान करें जो आपका बच्चा ले रहा है।

दवाओं का नाम	सेवन का कारण	कब से ली जा रही हैं
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

प्राथमिक देखभाल प्रदाता का नाम \_\_\_\_\_

आखिरी शारीरिक जांच की तारीख: \_\_\_\_\_

अगर आपके बच्चे को निम्न में कुछ भी रहा है, तो बताएं:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD                  | <input type="checkbox"/> चिकन पॉक्स             | <input type="checkbox"/> सुनने में कठिनाई                        | <input type="checkbox"/> मौसमी एलर्जी            |
| <input type="checkbox"/> खून की कमी                | <input type="checkbox"/> धीमा विकास             | <input type="checkbox"/> हृदय रोग                                | <input type="checkbox"/> दौरे                    |
| <input type="checkbox"/> दमा                       | <input type="checkbox"/> डायबिटीज़              | <input type="checkbox"/> गर्द/मूत्राशय का रोग                    | <input type="checkbox"/> सिकल सेल                |
| <input type="checkbox"/> ऑटिज़्म                   | <input type="checkbox"/> कान में संक्रमण        | <input type="checkbox"/> निमोनिया                                | <input type="checkbox"/> पेट/आंत संबंधी समस्याएं |
| <input type="checkbox"/> जन्म दोष/आनुवांशिक समस्या | <input type="checkbox"/> एग्ज़ीमा               | <input type="checkbox"/> समय से पहले जन्म                        | <input type="checkbox"/> तपेदिक                  |
| <input type="checkbox"/> कैंसर                     | <input type="checkbox"/> खाने की चीज़ से एलर्जी | <input type="checkbox"/> मूत्र नली में बार-बार होने वाला संक्रमण | <input type="checkbox"/> देखने संबंधी समस्याएं   |
| <input type="checkbox"/> सेरेब्रल पाल्सी           | <input type="checkbox"/> GERD                   | <input type="checkbox"/> रूमेटिक हृदय रोग                        |  |

कुंजी: ADD/ADHD: अटेंशन डेफिसिट डिऑर्डर / अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिऑर्डर, GERD: अम्लीय आमाशय तरल का भोजन नली में ऊपर लौटना

अगर उपरोक्त में से किसी पर भी निशान लगाया है, तो कृपया ज़्यादा जानकारी प्रदान करें। \_\_\_\_\_

क्या आपके बच्चे को कभी भावनात्मक स्वास्थ्य के लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया या परामर्श दिया गया है?

हां  नहीं अगर हां, तो कब? \_\_\_\_\_ कहां? \_\_\_\_\_

कारण: \_\_\_\_\_

रोगी का नाम:

MRN:

जन्मतिथि:

## स्कूल आधारित स्वास्थ्य केंद्र का स्वास्थ्य इतिहास फ़ॉर्म

कृपया निम्नलिखित में से किसी भी बीमारी पर निशान लगाएं जो आपके बच्चे के परिवार के सदस्यों (माता-पिता, भाई, बहन, दादा-दादी, चाची, चाचा, आदि) को कभी हुई हो और बीमारी के सामने यह लिखें कि परिवार के किस सदस्य को हुई।

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> शराब की लत/नशीले पदार्थों का सेवन | <input type="checkbox"/> आनुवांशिक रोग _____        | <input type="checkbox"/> मोटापा _____                  |
| <input type="checkbox"/> खून की कमी _____                  | <input type="checkbox"/> हृदय रोग _____             | <input type="checkbox"/> दौरा _____                    |
| <input type="checkbox"/> दमा _____                         | <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप _____         | <input type="checkbox"/> सिकल सेल _____                |
| <input type="checkbox"/> कैंसर _____                       | <input type="checkbox"/> उच्च कॉलेस्ट्रॉल _____     | <input type="checkbox"/> सोने में कठिनाई _____         |
| <input type="checkbox"/> जन्मजात बहरापन _____              | <input type="checkbox"/> गर्द/मूत्राशय का रोग _____ | <input type="checkbox"/> पक्षाघात _____                |
| <input type="checkbox"/> अवसाद _____                       | <input type="checkbox"/> लिवर/पित्ताशय का रोग _____ | <input type="checkbox"/> अज्ञात कारणों से मृत्यु _____ |
| <input type="checkbox"/> डायबिटीज़ _____                   | <input type="checkbox"/> मानसिक रोग _____           | <input type="checkbox"/> अन्य _____                    |

### माता-पिता/कानूनी प्रतिनिधि की चिंताएं

अगर आपको कोई चिंता हो, तो कृपया स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र पर मुलाकात निर्धारित करें या आप चिंताओं पर चर्चा करने के लिए हमें कॉल कर सकते हैं (1-302-429-4083)।

यदि आप बीमा स्थापित करने, डॉक्टर या दंत चिकित्सक को खोजने में सहायता चाहते हैं, तो कृपया स्कूल-आधारित स्वास्थ्य केंद्र पर कॉल करें।

भरने वाले के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ सुबह/शाम

भरने वाले का नाम स्पष्ट अक्षरों में: \_\_\_\_\_

समीक्षा करने वाले के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ सुबह/शाम

समीक्षा करने वाले का नाम स्पष्ट अक्षरों में: \_\_\_\_\_

\*नेमोर्स में शामिल हैं: फ़्लोरिडा का गैर-लाभकारी कॉर्पोरेशन, नेमोर्स फाउंडेशन, इसके ऑपरेटिंग डिवीजन और साइट्स, और इसके सहयोगी और नियंत्रण वाली कंपनियां, जिनमें नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, डेलावेयर; नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, फ़्लोरिडा; नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, ब्रायन मावर; और नेमोर्स चिल्ड्रन हॉस्पिटल, सर्जरी सेंटर, डेफ़ोर्ड; और नेमोर्स चिल्ड्रन हेल्थ के नाम से संचालित सभी संस्थाएं शामिल हैं।



# स्वास्थ्य के सामाजिक आधार

वर्तमान दिनांक: 12/08/2020

पेशेंट का नाम:

जन्म तिथि:

आज की तिथि:

यहां नेमोरस में, आपके बच्चे के लिए और आपके परिवार के लिए हम सब से बेहतरीन देखभाल देना चाहेंगे। आपके बच्चे की तबीयत पर आपके जीवन की बहुत सारी बातें असर करती हैं, जैसे की आप क्या खाते हैं, यहां आने में कितनी मुश्किलों का आपको सामना करना पड़ा, आपकी नौकरी, और उपचार या दवाई देना क्या आपके लिए संभव है। इन्हीं सवालों से हम सीख पाते हैं कि किस प्रकार और अच्छे तरीके से बच्चे और परिवारों की देखभाल हम कर सकते हैं। ये प्रश्न व्यक्तिगत हो सकते हैं, लेकिन आप के सभी मैडिकल रिकॉर्ड की तरह, आप के द्वारा साझा हो रहा कुछ भी निजी और गोपनीय रखा जाएगा। किसी भी दुर्व्यवहार की रिपोर्ट करने के लिए कानूनी तौर पर हम बाध्य हैं।

क्या फॉर्म को आप पूरा करना चाहेंगे?

हाँ

नहीं

1. पिछले 12 महीनों में कभी ऐसा हुआ कि आपका लाया भोजन कम पड़ गया और खरीद कर लाने के लिए आप के पास पैसे नहीं थे?  
 हाँ  नहीं
2. पिछले 12 महिनो में कभी ऐसा हुआ कि आप या आपके बच्चे के डॉक्टर, नर्स या दवा के लिए पैसे देने में आपको परेशानी हुई हो?  
 हाँ  नहीं
3. पिछले 12 महीनों में कभी ऐसा हुआ कि आपके बच्चे का दवा नहीं मिली हो या उस की कोई मैडिकल ऐपॉइंटमेंट चूक गया क्योंकि फार्मसी में या डॉक्टर के पास जाना आपके लिए संभव नहीं था?  
 हाँ  नहीं
4. पिछले 12 महीनों में कभी ऐसा हुआ कि आपकी युटिलिटी कंपनी ने आपकी सेवा बंद कर दी, क्योंकि अपने बिल (बिजली, गैस, पानी, गर्मी, या फोन) का भुगतान करने में आप असमर्थ थे?  
 हाँ  नहीं
5. क्या भरोसे का इंटरनेट आपके लिए एक गंभीर विषय है?  
 हाँ  नहीं
6. पिछले 12 महीनों में कभी ऐसा हुआ कि भले ही 1 रात के लिए ही सही पर आप को या आपके बच्चे को किसी शैल्टर में, किसी दूसरे के साथ, किसी होटल में, सड़क पर, बीच पर, कार में या किसी पार्क में रहना पड़ा हो?  
 हाँ  नहीं
7. वर्तमान में, जहाँ आप रहते हो क्या आपको उस जगह से कोई समस्या है जैसे की मोल्ड, खटमल, चींटी या चूहे, सीसा पेंट या पाइप, गर्मी या एअरकंडीशनिंग की कमी, स्मोक पिटेक्टर काम नहीं कर रहे हैं या हैं ही नहीं, ओवन या स्टोव नहीं हैं, पानी का रिसाव या अन्य मरम्मत के मुद्दे हैं?  
 हाँ  नहीं
8. क्या अपना घर नहीं रहेगा इस से आप चिंतित हैं?  
 हाँ  नहीं
9. क्या अपनी फैमिली का पालन-पोषण/रिश्तेदारी और फैमिली इमिग्रेशन स्टेटस के संबंध में कस्टडी की व्यवस्था को लेकर आप चिंतित हैं?  
 हाँ  नहीं
10. पिछले 12 महिनो में आप या आपकी फैमिली में किसी को मारपीट, धमकी, दुर्व्यवहार या धोस दी गई है?  
 हाँ  नहीं
11. क्या आपके पड़ोसियों से सुरक्षा, बंदूक, हिंसा, स्वच्छता जैसी बातों को लेकर आप परेशान हैं?  
 हाँ  नहीं
12. इसे समझने में क्या कभी मुश्किल होती है, कि आपके डॉक्टर या नर्स आपके बच्चे के स्वास्थ्य या दवाओं के बारे में आपको क्या बता रहे है?  
 हाँ  नहीं
13. इसे समझने में क्या कभी मुश्किल होती है, कि आपके डॉक्टर की सूचनाएं क्या हैं या मैडिकल पेपरवर्क क्या है?  
 हाँ  नहीं
14. पिछले 12 महीनों में कभी ऐसा हुआ कि, आप को या आपके बच्चे को सहायता की सख्त जरूरत थी और कॉल करने के लिए (ट्रांसपोर्ट या चाईल्डकेअर जैसा) कुछ भी आपके पास नहीं था?  
 हाँ  नहीं

यदि "हाँ" है, तो क्या आप और अधिक कुछ रोशनी ढाल सकते हैं?

क्या इन जरूरतों पर बात करने के लिए जानकारी लेने में आप को दिलचस्पी है?

हाँ

नहीं

प्रभावी तिथि: 6 जुलाई, 2021

# गोपनीयता अभ्यासों का नोटिस

गोपनीयता अभ्यास (नोटिस) का नेमोर्स नोटिस यह उल्लेख करते हैं कि किस तरह से आपकी और आपके बच्चों की चिकित्सीय जानकारी का इस्तेमाल और उन्हें प्रकट किया जा सकता है और आप किस तरह इस जानकारी को ऐक्सेस कर सकते हैं. कृपया ध्यानपूर्वक इसकी समीक्षा करें.

## यह आपकी जानकारी है

स्वास्थ्य रिकॉर्ड नेमोर्स से संबंधित है, लेकिन यह आपकी जानकारी है.

## यह हमारी जिम्मेदारी है कि...

- आपकी स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता और सुरक्षा का खयाल रखें.
- इस नोटिस में उल्लिखित उत्तरदायित्व और गोपनीयता अभ्यासों का पालन करें.
- इस नोटिस की एक कॉपी प्रदान करना और यदि आपका कोई सवाल या कोई आपकी कोई चिंता हो तो आपके समक्ष उपलब्ध रहना.
- यहाँ जैसा उल्लेख है उसी के अनुसार आपकी जानकारी का इस्तेमाल या उसे साझा करना, जब तक कि आप हमें इसकी अनुमति न दें. अगर आप हमें ऐसा करने के लिए कहते हैं, तब भी आप किसी भी समय अपना मन बदल सकते हैं. अगर आप अपना मन बदलते हैं, तो हमें लिखित में इसकी जानकारी दें.
- अगर आपकी जानकारी से छेड़छाड़ की गई है तो आपको तुरंत सूचित करें.

HIPAA के अंतर्गत आपके अधिकारों के बारे में अधिक जानने के लिए, कृपया <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html> पर जाएँ.



**NEMOURS**  
CHILDREN'S HEALTH

वेल बियाँन्ड मेडिसिन

## आपके स्वास्थ्य जानकारी अधिकार

### • रिकॉर्ड को एक्सेस करना

आप अपने चिकित्सीय रिकॉर्ड और अन्य स्वास्थ्य जानकारी की इलेक्ट्रॉनिक या पेपर कॉपी प्राप्त करने की मांग कर सकते हैं। हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी की कॉपी या उसका सारांश प्रदान करेंगे, आमतौर पर आपके अनुरोध करने के 30 दिनों के भीतर। हम एक तर्कसंगत, लागत-आधारित शुल्क में बदलाव कर सकते हैं।

कुछ खास परिस्थितियों में, कारण बताते हुए आपके अनुरोध को अस्वीकार कर सकते हैं। यदि आप अपने अनुरोध से मना करते हैं, तो आप किसी और स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा समीक्षा के लिए अनुरोध कर सकते हैं जिसका चयन नेमोर्स द्वारा किया जाता है, और हम समीक्षा के परिणाम का अनुपालन करेंगे।

### • अपने चिकित्सीय रिपोर्ट में संशोधन करें

आप हमसे उन स्वास्थ्य जानकारी को सही करने के लिए कह सकते हैं जो आपको लगता है कि गलत या अधूरी है। हमसे पूछें कि इसे कैसे करना है। हम आपके अनुरोध के लिए 'नहीं' कह सकते हैं, लेकिन हम 60 दिनों भीतर आपको

### • इसका विवरण बताएँगे प्रतिबंध के लिए अनुरोध

आप नेमोर्स से उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल प्रक्रियाओं के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी को साझा न करने के लिए कह सकते हैं। साथ ही आप आपकी देखभाल में लगे लोगों को जारी करने पर प्रतिबंध का अनुरोध भी कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, आप हमसे अनुरोध कर सकते हैं कि हम किसी प्रक्रिया या उपचार के बारे में जानकारी साझा नहीं करेंगे। हमें आपके अनुरोध के लिए सहमत होने की ज़रूरत नहीं है, लेकिन हम ऐसा करने की कोशिश करेंगे और यदि यह हमारे लिए संभव हुआ तो आपको इसकी जानकारी देंगे। यदि हम प्रतिबंध से सहमत हैं, तो हम इसका पालन करेंगे जब तक कि उपचार प्रदान करने के लिए जानकारी की आवश्यकता न हो।

यदि आप किसी सेवा या स्वास्थ्य देखभाल आइटम के लिए खुद ही से पूरा भुगतान करते हैं, तो आप हमसे कह सकते हैं कि भुगतान या हमारी प्रक्रियाओं के लिए उस जानकारी को आपके स्वास्थ्य बीमाकर्ता के साथ साझा न करें।

हमारा जवाब 'हाँ' होगा, जब तक कि कानून के तहत हमें वह जानकारी साझा

### • आपकी जानकारी साझा करने के लिए अनुरोध

हम आपसे ईमेल, टेक्स्ट संदेशों, फ़ोन कॉल और हमारे रोगी पोर्टल के माध्यम से संचार कर सकते हैं। हमारे पोर्टल के बाहर के ईमेल, टेक्स्ट संदेश या इलेक्ट्रॉनिक संचार हो सकता है कि एन्क्रिप्ट या सुरक्षित न हों और किसी अन्य व्यक्ति या संगठन द्वारा इंटरसेप्ट किए जा सकते हैं। अगर आप हमें आपसे संपर्क करने के लिए कोई मोबाइल फ़ोन नंबर या ईमेल पता प्रदान करते हैं तो हमारा मानना होगा कि आप इन जोखिमों की समझ हैं।

आप हमेशा हमें स्वास्थ्य मामलों के बारे में आपसे इस तरह संपर्क करने के लिए कह सकते हैं जो आपके लिए सुविधाजनक हो। उदाहरण के लिए, आप हमसे कह सकते हैं कि हम आपसे केवल कार्यस्थल या डाक के ज़रिए संपर्क

### • करें हम सभी उचित अनुरोधों के लिए "हाँ" कहेंगे। सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी में संशोधन

अगर आपको लगता है कि हमारे पास जो जानकारी है वह गलत या अधूरी है, तो आप इसे अपडेट करने के लिए अनुरोध कर सकते हैं।

नेमोर्स अनुरोध की समीक्षा करेगा और हमारे निर्णय के बारे में आपको लिखित रूप से सूचित करेगा। यदि स्वीकृत होता है, तो नेमोर्स जानकारी को अपडेट करेगा। हम उन लोगों को सूचित करने का भी उचित प्रयास करेंगे जिन्हें जानकारी जारी की गई थी।

हमारे द्वारा अनुरोध को अस्वीकृत किए जाने की स्थिति में, नेमोर्स 60 दिनों के भीतर इस अस्वीकृति का कारण प्रदान करेगा और इस बारे में दिशानिर्देश देगा कि किस तरह इस निर्णय के लिए अपील करना है।

### • प्रकटीकरण का लेखा-जोखा

आप पूछ सकते हैं कि आपके पूछने की तारीख से छह साल पहले हमने आपके स्वास्थ्य संबंधी जानकारी को किसके साथ साझा किया है, और क्यों साझा किया है, इसकी सूची (लेख-जोखा) की मांग कर सकते हैं।

हमें उपचार, भुगतान, और स्वास्थ्य देखभाल संचालन, और कुछ अन्य खुलासे (जैसे कि आपने हमसे करने के लिए कहा) के अलावा सभी खुलासे को शामिल करेंगे। हम एक वर्ष में एक लेखा-जोखा निःशुल्क प्रदान करेंगे, लेकिन यदि आप 12 महीनों के भीतर दूसरा लेखा-जोखा मांगते हैं, तो इसमें उचित, लागत-आधारित

### • शुल्क लग सकता है व्यक्तिगत प्रतिनिधि

यदि आपने किसी को मेडिकल पावर ऑफ अटॉर्नी दी है या यदि कोई आपका कानूनी संरक्षक है, तो वह व्यक्ति आपके अधिकारों का उपयोग कर सकता है और आपकी स्वास्थ्य जानकारी के बारे में चुनाव कर सकता है। हम यह सुनिश्चित करेंगे कि उस व्यक्ति के पास यह अधिकार है और हमारे द्वारा कोई कदम उठाने से पहले वह आपकी ओर से कार्य कर सकता है।

## नेमोर्स किस तरह मेरी जानकारी का उपयोग और उसे

### साझा कर सकता है?

हम निम्नलिखित उद्देश्यों और उदाहरणों के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और उसे साझा कर सकते हैं:

### • यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपको संभावित श्रेष्ठ उपचार मिल सके।

हम आपके अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ आपके निदान और उपचार संबंधी जानकारी का विवरण साझा करेंगे। हम Health Information Exchanges के साथ निदान और उपचार की जानकारी साझा करेंगे ताकि जब आप उन एक्सचेंजों में भाग लेने वाले प्रदाताओं द्वारा आपका उपचार करते हैं, तो आपको अपनी देखभाल में अनावश्यक देरी का अनुभव नहीं होता है। आप स्वास्थ्य जानकारी एक्सचेंज के साथ आपकी जानकारी को साझा किए जाने से रोकने के लिए गोपनीयता कार्यालय से संपर्क कर सकते हैं। हम संभावित सर्वोत्तम

### • देखभाल प्रदान करने के लिए आवश्यकतानुसार आपके निदान और उपचार की हमारे द्वारा दी जाने वाली सेवाओं के लिए भुगतान प्राप्त करना।

आपकी देखभाल के लिए जानकारी प्रदान करने के लिए, ताकि वे हमें उस सेवाओं के लिए भुगतान कर सकें जो हमने आपको प्रदान की हैं। योजनाबद्ध उपचारों को साझा किया जा सकता है ताकि हम आपकी आवश्यक सेवाओं के लिए स्वीकृति प्राप्त कर सकें।

### • हमारी देखभाल और संचालन के डिलीवरी में सुधार लाने के लिए। हम उपचार विधियों को बेहतर बनाने के लिए आपकी संपूर्ण या आंशिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग कर सकते हैं। हम आपके रोगियों और परिवारों को सर्वोत्तम सेवाएँ प्रदान करने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करेंगे। हम अपनी सेवाओं, प्रोग्राम और सुविधाओं का मूल्यांकन करने के लिए अपने व्यापार

### • आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी साझा कर सकते हैं।

- » आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी साझा कर सकते हैं।
- » ताकि आपको नेमोर्स की नई सेवाओं और स्थानों के बारे में जानकारी मिल सके
- » आपकी बीमारी या स्थिति के बारे में आपको शैक्षिक सामग्री भेजने के लिए
- » चिकित्सक या अन्य देखभाल प्रदाता को शामिल करने या त्याग करने की घोषणा करने के लिए
- » आपको अपॉइंटमेंट और प्रिस्क्रिप्शन में दी गई निर्धारित औषधि मात्रा के बारे में याद दिलाने के लिए
- » आपको विशेष आयोजनों और धन संचयन करने वाली गतिविधियों के बारे में बताने के लिए

- **अन्य स्वास्थ्य देखभाल संगठनों और प्रदाताओं के साथ सहयोग करने के लिए।** हम ऐसा समन्वय और देखभाल प्रदान करने, खर्च कम करने, गुणवत्ता में सुधार लाने और हमारे द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए बढ़ा हुआ मूल्य के समकक्ष से जेसि का कृष्ण बैंक (जेसिका) रियॉ के उदाहरण हैं:
  - » अन्य स्वास्थ्य देखभाल संगठनों में सेवाएं प्रदान करना, और
  - » अन्य संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था (OHCA)।

## आपकी सहमति या आपत्ति के बिना हम किस तरह की जानकारी साझा कर सकते हैं?

- **यदि कानून द्वारा बाध्य हो।** यदि संघीय, राज्य या स्थानीय कानूनों के अंतर्गत हमें आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा करने की ज़रूरत पड़े, तो हम ऐसा करने के लिए बाध्य हैं।
- **सार्वजनिक स्वास्थ्य उद्देश्य।** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियों के लिए साझा कर सकते हैं। सार्वजनिक स्वास्थ्य गतिविधियाँ इस तरह की होती हैं:
  - » बीमारी, चोट या अक्षमता को रोकना या नियंत्रित करना
  - » जन्म और मृत्यु के बारे में सूचित करना
  - » दवाओं या उत्पादों से जुड़ी समस्याओं के प्रति प्रतिक्रियाओं के बारे में सूचित करना
  - » किस व्यक्ति द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले उत्पादों को याद कराने के लिए नोटिफिकेशन
  - » किसी ऐसे व्यक्ति को सूचित करना जो किसी बीमारी के संपर्क में आ गया हो या उसे यह बीमारी होने का जोखिम में हो या किसी बीमारी या उसके लक्षण को फैलाना
- **दुर्व्यवहार या उपेक्षा।** हम ऐसे सार्वजनिक स्वास्थ्य प्राधिकरण या अन्य सरकारी प्राधिकरण के साथ संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं जिन्हें दुर्व्यवहार, हिंसा या उपेक्षा की रिपोर्ट प्राप्त करने के लिए कानून द्वारा अधिकृत किया गया है।
- **स्वास्थ्य निगरानी गतिविधियाँ।** हम कानून द्वारा अधिकृत गतिविधियों के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी को किसी निगरानी एजेंसी के साथ साझा कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, ऑडिट, जांच, निरीक्षण और लाइसेंस। स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली, सरकारी कार्यक्रमों और कानूनों और विनियमों के अनुपालन
- **स्वास्थ्य जोखिम को रोकने के लिए किसी गंभीर खतरे को पहचानने के लिए।** हम किसी अन्य व्यक्ति, या आप के स्वास्थ्य और सुरक्षा के लिए किसी गंभीर खतरे को रोकने के लिए ज़रूरी होने पर नेमोर्स आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या उसे प्रकट कर सकता है।
- **अंग और ऊतक दान।** यदि आप कोई अंग दानकर्ता हैं, तो हम उन संगठनों को आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्रदान कर सकते हैं जो अंगों की खरीदारी, या अंग, आँख या ऊतक ट्रांसप्लांटेशन से जुड़े हैं, या किसी अंग डोनेशन बैंक को दे सकते हैं, जो कि अंग दान और ट्रांसप्लांटेशन की सुविधा के लिए ज़रूरी है।
- **कर्मचारियों का मुआवजा।** हम कर्मचारियों के मुआवजे या इसी तरह के कार्यक्रमों के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी को साझा कर सकते हैं। ये कार्यक्रम कार्य-संबंधी चोटों या बीमारियों के लिए लाभ प्रदान करते हैं।
- **सैन्य और सेवानिवृत्त सैनिक।** यदि आप सशस्त्र बलों के सदस्य हैं, तो नेमोर्स सैन्य कमान अधिकारियों द्वारा मांगी गई आपकी आवश्यक स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकता है।
- **कानूनी और प्रशासनिक कार्यवाही।** हम विवाद में शामिल किसी अन्य व्यक्ति द्वारा अदालत या प्रशासनिक आदेश, सम्मन, खोज अनुरोध या अन्य वैध प्रक्रिया के जवाब में आपकी स्वास्थ्य जानकारी प्रदान कर सकते हैं।

- **कॉरोनर, चिकित्सीय निरीक्षक और अंतिम संस्कार गृह निदेशक।** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को किसी कॉरोनर या चिकित्सीय निरीक्षक के साथ साझा कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, यह किसी मरे हुए व्यक्ति की शिनाख्त करने और उसकी मृत्यु का कारण जानने के लिए ज़रूरी हो सकता है। हम अंतिम संस्कार गृह निदेशकों को उनके कर्तव्यों को पूरा
- **बुधभारे के सिस्थापना की असा स्थिति में सुरक्षा और आसानी सुनिश्चाने की हिरासत में हैं तो हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को उनके अधिकारी के साथ साझा या जारी कर सकते हैं।** आपको स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए, दूसरों के स्वास्थ्य और सुरक्षा की रक्षा के लिए, या सुधारक संस्था की
- **सुरक्षा के लिए आवश्यक गतिविधियाँ।** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को अधिकृत संघीय अधिकारियों को खुफिया, प्रति-खुफिया और कानून द्वारा अधिकृत अन्य राष्ट्रीय सुरक्षा गतिविधियों के लिए जारी कर सकते हैं।
- **राष्ट्रपति और अन्य लोगों के लिए सुरक्षात्मक सेवाएं।** हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को सरकारी कानून प्रवर्तन के साथ साझा कर सकते हैं, ताकि वे निर्वाचित संवैधानिक अधिकारियों, राष्ट्रध्यक्षों या जाँच करने के लिए सुरक्षा प्रदान कर सकें।
- **कानून प्रवर्तन।** कानून प्रवर्तन अधिकारियों द्वारा निम्नलिखित करने के लिए कहे जाने पर हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं:
  - » आपराधिक संदिग्ध, भगोड़े, भौतिक गवाह या लापता व्यक्ति की पहचान करने या उसका पता लगाने की कोशिश करना किसी अपराध की जाँच करना।
  - » हमारा मानना है कि किसी मृत्यु की जाँच करना, किसी संदिग्ध गतिविधि का परिणाम हो सकता है।
  - » अपराध की सूचना देने के लिए आवश्यक परिस्थितियों में - स्थान, पीड़ित या पहचान, विवरण, जिसने व्यक्ति ने अपराध किया है उसके स्थान की जानकारी सहित।
- **शोध।** हम कई शोध गतिविधियों का संचालन करते हैं और उनमें भाग लेते हैं। रोगी की सुरक्षा, कल्याण और गोपनीयता को संरक्षण देने के लिए, सभी शोध प्रोजेक्टों को एक विशेष समीक्षा प्रक्रिया के माध्यम से स्वीकृति प्राप्त करनी होगी। समीक्षा प्रक्रिया यह पता लगाती है कि आपकी जानकारी का अनुरोध आपकी जानकारी की सुरक्षा के लिए संघीय और राज्य की ज़रूरतों को पूरा करता है या नहीं।

## यदि आप आपत्ति नहीं करते हैं तो नेमोर्स किस तरह की स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और उनका

### खुलासा कर सकता है?

- **मार्केटिंग।** नेमोर्स आपकी बीमारी या स्थिति से संबंधित शैक्षणिक सामग्री को भेजने के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग कर सकता है, आपकी बीमारी या स्थिति से संबंधित कुछ उपचार विकल्पों के बारे में आपको सुझाव देने के लिए, या आपको आपकी बीमारी या स्थिति से संबंधित कुछ स्वास्थ्य संबंधी फायदों और सेवाओं के बारे में बताने के लिए। जब तक कि आप हमें लिखित अनुमति नहीं देते हैं, हम आपकी स्वास्थ्य
- **धन संचयन।** हम धन संचयन के उद्देश्य से आपसे संपर्क कर सकते हैं, संबंधी जानकारी को भी भेजेंगे।
- **हॉस्पिटल डायरेक्टरी।** आपके विजिट करने के दौरान, हम हमारे हॉस्पिटल डायरेक्टरी में आपसे सीमित जानकारी शामिल करेंगे। ऐसा इसलिए है ताकि आपका परिवार, मित्र, और पुरोहित हॉस्पिटल में आपसे संपर्क कर सकें और मिल सकें। यह आप पर है कि आप अपनी जानकारी को हमारी डायरेक्टरी में शामिल करना चाहते हैं या नहीं। ठहरने के दौरान किसी भी समय आप यह अनुरोध कर सकते हैं कि आपकी जानकारी को डायरेक्टरी में शामिल न किया जाए।

- आपके स्वास्थ्य देखभाल में शामिल परिवार के सदस्य और अन्य लोग हम आपके मित्र (मित्रों) या आपकी चिकित्सा देखभाल में शामिल परिवार के सदस्य (सदस्यों) के साथ आपके स्वास्थ्य संबंधी जानकारी को साझा कर सकते हैं। यदि हमें अनुमति देते हैं या, हमारे पेशेवर निर्णय के तहत आपके
- आपकी जानकारी को हम आपके स्वास्थ्य देखभाल में शामिल चिकित्सकों (जैसे रेड क्रॉस) के साथ आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं ताकि आपके परिवार को आपके स्वास्थ्य, स्थिति और स्थान के बारे में सूचित किया जा सके।

यदि आप हमें अपनी प्राथमिकता नहीं बता पाते हैं, उदाहरण के लिए यदि आप बेहोश हैं, और हमें लगता है कि यह आपके लिए यही सबसे अच्छा होता, तो हम आगे बढ़ सकते हैं और आपकी जानकारी साझा कर सकते हैं। स्वास्थ्य या सुरक्षा के मद्देनजर किसी गंभीर और उपस्थित खतरे को कम करने के लिए जरूरत पड़ने पर हम आपकी जानकारी भी साझा कर सकते हैं।

## मेरी स्वास्थ्य जानकारी के अन्य उपयोग क्या हैं?

आपकी स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग और प्रकटीकरण को इस नोटिस या उन संघीय या राज्य कानूनों में शामिल नहीं किया गया है जो आपकी स्वास्थ्य जानकारी की रक्षा करते हैं, ऐसा केवल आपकी लिखित स्वीकृति से ही किया जा सकता है।

## क्या मैं जानकारी के प्रकटीकरण के अपनी अनुमति

### को रद्द कर सकता हूँ?

यदि आप हमें आपकी स्वास्थ्य जानकारी को इस्तेमाल करने या प्रकट करने का अधिकार देते हैं, लेकिन आप अपना मन बदल लेते हैं, तो आप किसी भी समय नीचे दिए गए संपर्क जानकारी का उपयोग करके नेमोर्स गोपनीयता कार्यालय को अपनी अनुरोध सबमिट करके अपनी अनुमति को रद्द कर सकते हैं। आपके अनुरोध को प्रोसेस करने के तुरंत बाद हम आपकी जानकारी साझा करना बंद कर देंगे। हालांकि, हम पहले से साझा की गई किसी भी जानकारी को वापस लेने/बदलने में सक्षम नहीं होंगे।

## मैं नेमोर्स गोपनीयता कार्यालय से कैसे संपर्क करूँ?

आप (800) 472-6610 पर कॉल करके, [privacy@nemours.org](mailto:privacy@nemours.org), पर ईमेल करके या इस पते पर डाक के द्वारा नेमोर्स गोपनीयता कार्यालय से संपर्क कर सकते हैं:

The Nemours Privacy Office, Attn: Chief Privacy Officer 10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

## मुझे गोपनीयता अभ्यासों के नोटिस की कॉपी कहाँ से मिलेगी?

आप किसी भी समय इस नोटिस की एक पेपर कॉपी मांग सकते हैं, भले ही आप इलेक्ट्रॉनिक नोटिस प्राप्त करने के लिए सहमत हुए हों। कृपया किसी भी नेमोर्स सहयोगी से कहें और हम आपको तुरंत एक कॉपी प्रदान करेंगे।

हम इस नोटिस की शर्तों में बदलाव कर सकते हैं, और ये बदलाव हमारे पास आपके बारे में मौजूद सभी जानकारी पर लागू होंगे। नया नोटिस अनुरोध करने उपलब्ध होगा, हमारे ऑफिस में, और हमारे वेबसाइट पर। (<https://www.nemours.org/privacy-practices.html>)।

## यदि मुझे लगता हो कि मेरी स्वास्थ्य देखभाल

### जानकारी अधिकारों का उल्लंघन किया गया है और मैं

### शिकायत दर्ज करना चाहूँ, तब क्या होगा?

हम तुरंत प्रत्येक संवाह, टिप्पणी, शिकायत का जवाब देंगे। आपको यह अधिकार दिया गया है और शिकायत दर्ज करने पर नेमोर्स आपका विरोध नहीं करेगा। आप अपनी स्वास्थ्य जानकारी से संबंधित किसी भी चिंता या प्रश्न के समाधान के लिए सीधे नेमोर्स में शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप (800) 472-6610 पर कॉल करके, [privacy@nemours.org](mailto:privacy@nemours.org), पर ईमेल करके या इस पते पर डाक के द्वारा नेमोर्स गोपनीयता कार्यालय से संपर्क कर सकते हैं।  
The Nemours Privacy Office, Attn: Chief Privacy Officer 10140 Centurion Parkway North, Jacksonville, FL 32256

आप Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. को 20201, calling (877) 696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). को लिखित रूप से Department of Health and Human Services को सीधे अपनी शिकायत भी दर्ज करवा सकते हैं। यदि आप गुप्त रूप से शिकायत दर्ज करवाना चाहते हैं, तो नेमोर्स कंप्लायंस हॉटलाइन (866) 636-4685 पर कॉल करें।

## यदि नेमोर्स से मेरी जानकारी खो जाए या चोरी हो जाए,

### तो क्या होगा?

नेमोर्स गोपनीयता कार्यालय आपसे संपर्क करेगा, और सूचित करेगा कि आपकी जानकारी खो गई है और आपको सुरक्षा देने का सबसे अच्छा विकल्प क्या है।

## भाषा सहायता

भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए उपलब्ध हैं, निशुल्क। कृपया सहायता के लिए (800) 851-5691 पर कॉल करें। अधिक जानकारी हमारे वेबसाइट पर पाएँ: <https://www.nemours.org/notice-of-nondiscrimination.html>.

गोपनीयता अभ्यासों का यह नोटिस नेमोर्स फाउंडेशन और इसकी सभी संबद्ध कंपनियों, सुविधाओं, कार्यक्रमों और विभागों पर लागू होती है। इसमें काम रहे सभी चिकित्सक और चिकित्सा स्टाफ के अन्य सदस्य और संबद्ध स्वास्थ्य पेशेवर शामिल हैं। आपके व्यक्तिगत चिकित्सक सहित चिकित्सा स्टाफ के सदस्यों की, आपकी सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को इस्तेमाल करने या प्रकटीकरण से संबंधित अलग-अलग गोपनीयता नीतियाँ या अभ्यास हो सकते हैं। नेमोर्स लोकेशन और संबद्ध कंपनियों की संपूर्ण सूची <https://www.nemours.org/contact.html> पर देखें।

