



7001 Corporate Dr. Ste 120, Houston, TX 77036

PHONE: 713-773-0803 FAX: 713-271-5422

### ہوپ ٹیلی مواصلات رضامندی فارم

\_\_\_\_\_ مریض کا نام \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ کا نمبر \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ پیدائش کی تاریخ \_\_\_\_\_ سیکس \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_

ایشین امریکن ہیلتھ کولیشن- کے ساتھ ٹیلی ہیلتھ حاصل کرنے والے کلابنٹ کو مندرجہ ذیل معلومات فراہم کی جارہی ہیں۔ اس دستاویز میں خدمات ، پالیسیاں اور آپ کے اختیارات کو حصول کرنے سے وابستہ آپ کے حقوق ، خطرات اور فوائد شامل ہیں۔ برائے کرم اس دستاویز کو بغور مطالعہ کریں ، کوئی بھی سوال نوٹ کریں جس پر آپ مزید معلومات حاصل کرنا چاہتے ہیں اور دستخط کرنا چاہتے ہیں۔ ٹیلی ہیلتھ میں جدید ٹیلی مواصلات کی ٹکنالوجی کا استعمال کرتے ہوئے صحت کی صورتحال کا اصل وقت کی جانچ ، تشخیص ، مشاورت اور علاج شامل ہے ، جس میں انٹرایکٹو آڈیو ، ویڈیو یا دیگر الیکٹرانک میڈیا کا استعمال شامل ہوسکتا ہے۔ اسی طرح ، ٹیلی ہیلتھ فراہم کرنے والے کو حقیقی وقت میں مریض کو دیکھنے اور گفتگو کرنے کی اجازت دیتی ہے۔

### علاج کے لیے رضامندی :

میں رزا کرانہ طور پر ہوپ کلینک اور اس کے ساتھیوں،معلجوں،ریزیڈنٹس اور تکنیکی معاونین کو ٹیلیہلیت کے ذریعے میری ریکھ بہال میں حصہ لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ ہوپ کلینک کے معالج-ا- روسری کسی لوکیشن سے بات کریں گے جو میری ہمیشہ جانے والی جگہ سے مختلف ہوگی۔ب-معالج جسمانی جائزہ نہیں لے سکیں گے۔پ-میری دی گئی محالومات پر انحصار کریں۔ اسی طرح ، آڈیو / ویڈیو ٹکنالوجی کی حدود جسمانی امتحان کے ان عناصر کو محدود کرسکتی ہیں جو آڈیو ویوزوئل ٹکنالوجی کی نوعیت کی وجہ سے انجام دے سکتے ہیں۔ میں تسلیم کرتا ہوں کہ کلینک ٹیلی ہیلتھ فراہم کرنے والوں کا مشورہ ، سفارشات ، اور / یا فیصلہ ان عوامل پر مبنی ہوسکتا ہے جو ان کے قابو میں نہیں ہیں ، جیسے میرے ذریعہ فراہم کردہ نامکمل یا غلط اعداد و شمار یا تشخیصی تصاویر یا نمونوں کی خرابی جو الیکٹرانک ٹرانسمیشن کے نتیجے میں ہوسکتے ہیں۔ میں تسلیم کرتا ہوں کہ میری طبی تاریخ ، حالت اور نگہداشت کے بارے میں معلومات فراہم کرنا میری ذمہ داری ہے جو میری

پوری صلاحیت کے مطابق اور درست ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ طب ہتمی سائنس نہیں اور مجھے نتیجے یہ الاج کی کوی گارنٹی نہیں۔

### ممکنہ حدود:

اگر ہوب کلینک ٹیلی ہیلتھ مہیا کنندگان کا تعین ہوتا ہے کہ ٹیلی ہیلتھ خدمات میری طبی ضروریات کو مناسب طور پر پورا نہیں کرتی ہیں ، تو انہیں ذاتی طور پر طبی تشخیص کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ کسی تکنالوجی پریشانی یا آلات کی خرابی کی وجہ سے ٹیلی ہیلتھ سیشن میں رکاوٹ پڑنے کی صورت میں ، مواصلات کے متبادل ذرائع استعمال کیے جاسکتے ہیں ، یا ذاتی طور پر ذاتی تشخیص ضروری ہوسکتی ہے۔ اگر مجھے کوئی ہنگامی معاملہ درپیش ہو ، جیسے ٹیلی ہیلتھ سیشن کے بعد کسی بھی علاج کا خراب رد عمل یا علامات کی خرابی ، تو مجھے اپنے معالج معالج کو آگاہ کرنا چاہئے اور 911 ڈائل کرنا ہے ، یا قریب ترین اسپتال کے ایمرجنسی ڈیپارٹمنٹ میں جانا چاہئے۔

### متوقع فوائد:

جب معالج کسی دوسری سائٹ پر ہوتا ہے تو مریض کو اپنے گھر یا دور دراز سائٹ میں جانے کی ضرورت پیش نہیں اور طبی نگہداشت تک رسائی ممکن ہوتی ہے۔

### ممکنہ خطرات:

کسی بھی طبی طریقہ کار کی طرح ، ٹیلی ہیلتھ کے استعمال سے وابستہ ممکنہ خطرات موجود ہیں۔ ان خطرات میں شامل ہیں ، لیکن محدود نہیں : شاذ و نادر ہی معاملات میں ، منتقل کردہ معلومات کافی نہیں ہوسکتی ہیں (جیسے تصاویر کی ناقص ریزولوشن) فراہم کرنے والے جوکہ مشیر (افراد) کو مناسب طبی فیصلے کرنے میں مررے۔ طبی تشخیص اور علاج میں تاخیر سامان کی کمی یا ناکامی کی وجہ سے ہوسکتی ہے۔ کبھی شارونادر ، سیکورٹی پروٹوکول ناکام ہوسکتے ہیں ، جس سے ذاتی طبی معلومات کی رازداری کی خلاف ورزی ہوتی ہے۔ غیر معمولی حالات میں ، مکمل طبی ریکارڈ تک رسائی نہ ہونے کے نتیجے میں اروبیات کے منفی ردعمل یا الرجک رد عمل یا تشخیص کی دیگر غلطیاں ہوسکتی ہیں۔

### معلومات کا اجرا:

ٹیلی ہیلتھ کے ذریعہ دیکھ بھال اور / یا علاج کی فراہمی میں آسانی پیدا کرنے کے لیے ، میں رضاکارانہ طور پر اپنے اور اپنے میڈیکل ریکارڈ کے کسی بھی حصے کے انکشاف کی درخواست اور اجازت دیتا ہوں۔ (زبانی معلومات سمیت)۔ میں سمجھتا ہوں اور اس سے اتفاق کرتا ہوں کہ اور معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ اس میں شامل ہوسکتا ہے: (1) ایچ آئی وی ٹیسٹ کے نتائج ، تشخیص ، علاج اور متعلقہ معلومات: (2) منشیات کی اسکرین کے نتائج اور منشیات اور شراب نوشی کے استعمال اور علاج سے متعلق معلومات۔ (3) دماغی صحت سے متعلق معلومات (4) جینیاتی معلومات کے بارے میں سمجھتا ہوں کہ آڈیو اور / یا ویڈیو سمیت کلینک ٹیلی ہیلتھ فراہم کرنے والوں کو میری طبی معلومات کا انکشاف ، الیکٹرانک ٹرانسمیشن کے ذریعہ ہوگا۔ اگرچہ غیر مجاز جائزے کو روکنے کے ذریعہ اس معلومات کی رازداری کے تحفظ کے لئے احتیاطی تدابیر اختیار کی گئی ہیں ، میں سمجھتا ہوں کہ ڈیٹا ، ویڈیو امیجز ، اور آڈیو کی الیکٹرانک ٹرانسمیشن نئی اور ترقی پذیر تکنالوجی ہے اور سیکورٹی کے محافظوں کی ناکامی یا غیر قانونی اور ناجائز چھیڑ چھاڑ سے رازداری سے سمجھوتہ کیا جاسکتا ہے۔

### سسٹم سیکورٹی:

ہوب کلینک معمول کے مطابق ایکنیکل ورکس پلیٹ فارم کے اندر محفوظ آڈیو اور ویڈیو تکنالوجی کا استعمال کرتا ہے۔ میں اپنے کمپیوٹر یا الیکٹرانک آلہ پر اور اپنی موجودگی کے مقام پر کسی بھی مواصلات یا علاج کی حفاظت کی پوری ذمہ داری قبول کرنے پر متفق ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اپنے صارفی شناخت ، پاس ورڈ ، اور / یا رابطے کے لنک کی سخت رازداری کو برقرار رکھنے کے لئے پوری طرح ذمہ دار ہوں۔ میں کسی اور فرد کو خدمات تک رسائی کے لئے اپنا صارفی شناخت یا کنیکٹوٹی لنک استعمال کرنے کی اجازت نہیں دوں گا۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ میں اس تکنالوجی کو کسی محفوظ اور نجی مقام پر استعمال کرنے کے لئے ذمہ دار ہوں تاکہ دوسرے میری گفتگو کو سن نہ سکیں۔

میں سمجھتا ہوں کہ کسی بھی آن لائن سیشن کی ویڈیو ریکارڈنگ نہیں ہوگی اور سیشنوں میں انکشاف کردہ تمام معلومات اور ان سیشنوں سے متعلق تحریری ریکارڈاٹ خفیہ ہیں اور میری تحریری اجازت کے بغیر کسی کو بھی انکشاف نہیں کیا جاسکتا ہے ، سوائے جہاں قانونی طور پر انکشاف کی ضرورت ہو۔

### تصویری رضامندی:

میں سمجھتا ہوں کہ فراہم کنندہ یا فراہم کنندہ آفس کے عملے کے لئے ٹیلی ہیلتھ وزٹ کے دوران یہ ضروری ہو سکتا ہے کہ وہ میری حاضری اور کسی بھی شرائط سے متعلق مخصوص امور (جیسے سوزش) کو دستاویزی شکل دینے کے لئے ٹیلی ہیلتھ پلیٹ فارم میں تصویر کھینچ لے۔ یہ تصاویر صرف صحت کے ریکارڈ میں دستاویزات کے مقاصد کے لئے استعمال ہوں گی اور فراہم کنندہ یا عملے کے ذریعہ ان کو محفوظ نہیں کیا گیا ہے۔ ٹیلیفونٹ وزٹ کے دوران میں ان مقاصد کے لئے تصاویر کھینچنے پر رضامند ہوں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ یہ فارم مجھے پوری طرح بیان کیا گیا ہے ، کہ میں نے اسے پڑھا ہے یا مجھے پڑھ کر سنایا گیا ہے ، اور یہ کہ میں اس کے مندرجات کو سمجھتا ہوں اور مذکورہ بالا معلومات سے اتفاق کرتا ہوں۔

---

وقت

تاریخ

---

مریض یا ذمہ دار پارٹی (والدین یا قانونی سرپرست) کے دستخط

---

مریض یا ذمہ دار پارٹی (والدین یا قانونی سرپرست) کے دستخط