

पिट्सबर्ग मेडिकल केन्द्र विश्वविद्यालय (UPMC)

युवा प्रतिनिधि अनुरोध फाराम

प्रतिनिधि भनेको के हो?

MyUPMC ले प्रतिनिधि पहुँच सुविधा समावेश गर्छ, जहाँ बिरामीको निमित्तमा, पदनामित पारिवारिक सदस्यहरू वा अन्य अधिकारप्राप्त व्यक्तिहरूलाई MyUPMC द्वारा बिरामीको चयन स्वास्थ्य जानकारी पहुँच हुन अनुमति दिइन्छ।

आदरणीय बिरामी:

तल बयान गरे अनुसार तपाईंको निमित्तमा कार्य गर्न प्रतिनिधि नियुक्त गर्न तपाईंले इच्छा राख्नुभएको हामी बुझ्दछौं। यस विषयको सन्दर्भमा, हामीलाई तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार जानकारीको गोपनीयता आवश्यक छ। निम्न खाली ठाउँहरूमा, तपाईं (बिरामी) र तपाईंको प्रतिनिधिको रूपमा कार्य गर्न तपाईंले नियुक्त गरेको व्यक्तिका बारेमा अनुरोध गरिएको जानकारी प्रदान गर्नुहोस्।

प्रतिनिधि पहुँच नियुक्त गरि, तपाईंको प्रतिनिधि निम्न कुराहरूका लागि सक्षम हुनेछ: (1) तपाईंको निमित्तमा स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूका लागि भेट्ने समय अनुरोध गर्न, (2) चयन गरिएका मेडिकल जानकारी पहुँचमा, (3) तपाईंको जाँच, उपचार, औषधि, बिरामीको सुझाव र प्रशासनिक कार्यहरूका बारेमा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूसँग MyUPMC मार्फत, फोनद्वारा वा व्यक्तिगत रूपमा सञ्चार गर्न, (4) UPMC AnywhereCare बाट निश्चित अनलाइन मेडिकल सेवाहरू अनुरोध गर्न र (5) तपाईंले प्राप्त गर्नसक्ने बिल सम्बन्धित UPMC को लेखापत्र कार्यालयसँग MyUPMC मार्फत सञ्चार गर्न। तपाईंले व्यक्तिसँग यी कुनैपनि क्षमताहरू नहोस् भन्ने इच्छा राख्नुपर्छ, त्यसपछि तपाईंले व्यक्तिलाई आफ्नो प्रतिनिधि बनाउनु हुँदैन।

यस फाराम UPMC स्वभावजन्य स्वास्थ्य बिरामीहरूका लागि वा सहित, जब स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरू संलग्न हुन्छन् तब कुनै बिरामीका लागि अनुकूल छैन र प्रयोग गर्न सकिँदैन, तर निम्न कुराहरूमा सीमित हुँदैन: (1) जानकारी अनुमति (र यदि अनुकूल भए अनुमति फिर्ता) आवश्यक पर्ने प्रक्रियाहरू/सेवाहरू, (2) नर्सिङ होम वा अन्य दीर्घकालीन स्याहार सुविधाहरूबाट भर्ना र डिस्चार्ज, (3) शव परीक्षाको अनुमति सहित मेडिकल प्रयोजनहरूका लागि अंग, शरीरका भाग, वा शरीरको दान, र (4) जीवन समर्थनको निरन्तरता वा फिर्ता। महत्वपूर्ण स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरूका लागि, औपचारिक वारिसनामा वा इच्छापत्र सिफारिश गरिन्छ।

प्रतिनिधि पहुँच नियुक्त गर्न कृपया निम्न अनुरोध फाराम पूरा गर्नुहोस्।

यस फारामलाई मा फिर्ता गर्नुहोस्: (*कृपया सबै 3 पृष्ठहरू फिर्ता गर्नुहोस्) वा
का लागि: HIM
200 लोथ्रप स्ट्रीट
फोर्बस टावर, सुइट 9050
पिट्सबर्ग, PA 15213

फ्याक्स: 412-647-8929

प्रश्नहरू: 412-864-1221

प्रतिनिधिको जानकारी (सबै भाग आवश्यक छ -- कृपया सफासँग छाप्नुहोस्।)

नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको सुरुको): _____

लिङ्ग - कृपया गोलो लगाउनुहोस्: महिला वा पुरुष

जन्ममिति: _____

घरको ठेगाना: _____

शहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____
घरको फोन नम्बर: _____ सेल फोन नम्बर (वैकल्पिक): _____
इ-मेल ठेगाना (वैकल्पिक): _____

बिरामीको जानकारी (कृपया तलको जानकारी सही भएको प्रमाणित गर्नुहोस्। गलत जानकारीको कार्यालय सूचित गर्नुहोस्।)

नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको सुरुको): _____
लिङ्ग - कृपया गोलो लगाउनुहोस्: महिला वा पुरुष
जन्ममिति: _____
घरको ठेगाना: _____
शहर: _____ राज्य: _____ जिल्ला: _____
फोन नम्बर(हरु): _____
इ-मेल ठेगाना (वैकल्पिक): _____

MyUPMC प्रतिनिधि नियम तथा सम्झौता:

*कृपया नोट गर्नुहोस्: MyUPMC प्रतिनिधि नियम तथा सम्झौता परिवर्तनको विषय हो।

कुनैपनि समयमा, तपाईंले MyUPMC.com मा अनलाइन एकदम नवीनतम शर्त तथा सम्झौता समीक्षा गर्न सक्नुहुनेछ।

1. म बुझ्दछु कि MyUPMC मेडिकल आकस्मिक वा अत्यावश्यक स्थितिको हालतमा प्रयोग गरिने उपकरण होइन। यदि आकस्मिक वा अत्यावश्यक स्थिति आएमा, म उचित आकस्मिक मेडिकल सेवा खोज्नेछु।
2. म बुझ्दछु कि MyUPMC निश्चित विश्वसनीय मेडिकल र लेखापत्र जानकारीको सुरक्षित अनलाइन स्रोतका रूपमा अभिप्रेत छ। यदि मैले मेरो MyUPMC प्रयोगनाम र पासवर्ड अर्को व्यक्तिसँग साझा गरेमा, त्यस व्यक्तिले मेरो र बिरामीको बारेमा स्वास्थ्य जानकारी हेर्न सक्षम हुनेछ।
3. म विश्वसनीय पासवर्ड चयन गर्ने, मेरो पासवर्ड सुरक्षित रूपमा व्यवस्थापन गर्ने, र मलाई मेरो पासवर्ड कुनैपनि तरिकामा सम्झौता भएको हुनसक्ने विश्वास भएमा मेरो पासवर्ड परिवर्तन गर्ने मेरो दायित्व हो भन्नेमा सहमत छु।
4. म बुझ्दछु कि MyUPMC ले बिरामीको मेडिकल रेकर्डबाट चयन मेडिकल जानकारी समाविष्ट गर्छ र MyUPMC सुविधाजनक उपकरण हो र बिरामीको मेडिकल रेकर्डको पूरा विषयवस्तु बदल्ने वा परावर्तित गर्दैन। म यो पनि बुझ्दछु कि MyUPMC ले UPMC को विद्युतीय स्वास्थ्य रेकर्ड प्रणाली प्रयोग गर्ने UPMC कार्यालयहरूबाट जानकारी सम्मिलित गर्छ, र मेरो प्रतिनिधि ती सबै चिकित्सक कार्यालयहरूबाट जानकारी पहुँचमा सक्षम हुनेछ। त्यस्ता जानकारीले HIV, मानसिक स्वास्थ्य, लागुपदार्थ र मध्यपान उपचारसँग सम्बन्धित जानकारी समावेश गर्न सक्नेछन्। यदि MyUPMC मा समावेश जानकारी साझा गर्दा म आनन्दित नभएमा, मैले प्रतिनिधि पहुँच प्रदान गर्नु हुँदैन।
5. म बुझ्दछु कि MyUPMC मा समावेश भएका चयन जानकारीको बदलामा, वा को अतिरिक्त, म उचित UPMC सुविधाको मेडिकल रेकर्ड विभागमा सम्पर्क गरेर र UPMC नीतिको अनुसार मेडिकल रेकर्डहरू अनुरोध गरि कानूनी रूपमा अधिकारी भएर केही र सबै बिरामीको मेडिकल रेकर्डमा पहुँच गर्न सक्नेछु।
6. म बुझ्दछु कि प्रतिनिधि पहुँच प्रदान गरि, मेरो प्रतिनिधि निम्न कुराहरू गर्न अनुमति प्राप्त हुनेछ:

- MyUPMC मा सहभागी हुने UPMC स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूसँग, मेरो निमित्त, स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूका लागि भेट्ने समय अनुरोध गर्न
 - MyUPMC भित्र उपलब्ध हुने चयन मेडिकल जानकारी हेर्न
 - UPMC AnywhereCare बाट निश्चित अनलाइन मेडिकल सेवाहरू अनुरोध गर्न
 - जाँच, उपचार, औषधि, बिरामीको सुझाव र प्रशासनिक कार्यहरू सम्बन्धित MyUPMC मा मेरो कुनैपनि UPMC स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूसँग MyUPMC मार्फत, फोनद्वारा वा व्यक्तिगत रूपमा सञ्चार गर्न
 - मैले प्राप्त गर्नसक्ने बिल सम्बन्धित UPMC को लेखापत्र कार्यालयसँग MyUPMC मार्फत सञ्चार गर्न
7. म बुझ्दछु कि मेरो प्रतिनिधि UPMC AnywhereCare बाट निश्चित अनलाइन मेडिकल सेवाहरू अनुरोध गर्न सक्षम हुनेछ। यदि मेरो बिमाले यस सेवाको सबै वा केही भाग समाविष्ट नगरेमा अनुकूल शुल्क समावेश गर्ने सेवाका लागि म वित्तीय दायित्व स्वीकार गर्छु।
 8. म बुझ्दछु कि MyUPMC अन्तर्गतका मेरो र मेरो प्रतिनिधिको क्रियाकलापहरू कम्प्युटर लेखा परीक्षणद्वारा पत्ता लगाइनेछन् र प्रविष्टिहरू मेडिकल रेकर्डको स्थायी भाग हुनेछन्।
 9. म बुझ्दछु कि MyUPMC मा पहुँच यसका बिरामीहरूका लागि सुविधाका रूपमा UPMC द्वारा प्रदान गरिएको हो र मलाई वा मेरो प्रतिनिधिलाई MyUPMC पहुँच प्रदानमा निरन्तरता दिन मेरो उत्तम प्रयास नभएको विश्वास गर्ने विश्वसनीय UPMC का मुद्दाहरू सहित, कुनैपनि कारणका लागि UPMC सँग मेरो वा मेरो प्रतिनिधिको MyUPMC खातामा कुनैपनि समयमा पहुँच निष्क्रिय बनाउने अधिकार छ।
 10. म बुझ्दछु कि MyUPMC को प्रयोग ऐच्छिक छ र MyUPMC को प्रयोग वा MyUPMC प्रतिनिधि अनुमति दिन म आवश्यक छैन। त्यस रूपमा, UPMC ले MyUPMC का लागि हस्ताक्षर गरेकोमा वा MyUPMC प्रतिनिधि अनुमति दिएमा मलाई उपचार निश्चित गर्नेछैन।
 11. म बुझ्दछु कि मसँग कुनैपनि समयमा MyUPMC उपकरणहरू प्रयोग गरि वा मेरो प्राथमिक UPMC चिकित्सक कार्यालयमा लिखित अनुरोध उपलब्ध गराएर प्रतिनिधि पहुँच रद्द गर्ने योग्यता छ। अन्यथा, UPMC ले प्रतिनिधि पहुँच रद्द नगर्दासम्म (धारा 9 मा व्याख्या गरे अनुसार), अदालतको अर्डर वा अनुकूल कानूनले यसलाई रद्द नगर्दासम्म प्रतिनिधि पहुँच कार्यान्वित रहिरहनेछ। यद्यपि, यदि मेरो प्रतिनिधिले मैले भन्दा अगाडि प्रतिनिधि पहुँच रद्दको मेरो जानकारी पहुँच र पुनः खुलासा गरेमा, त्यस्ता जानकारी 1996 को स्वास्थ्य बीमा वहनीय तथा जवाफदेहीता ऐन (HIPAA) द्वारा अब सुरक्षित गरिनेछैन। HIPAA अन्तर्गत UPMC को अनुग्रह तथा प्रतिज्ञाहरू सम्बन्धित जानकारी UPMC को गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचीमा फेला पार्न सकिन्छ।
 12. म *तुच्छ प्रयोजनहरूका लागि वा बिरामीको स्याहार वा उपचारसँग सम्बन्धित नहुने प्रयोजनहरू* का लागि MyUPMC प्रतिनिधि पहुँच प्रयोग गर्नेछैन।
 13. म बुझ्दछु कि प्रतिनिधि पहुँचको प्रयोग MyUPMC सदस्यको स्याहारका लागि हो। यदि मलाई अब प्रतिनिधि पहुँच हुन आवश्यक नभए, मैले UPMC लाई तुरुन्त सूचना दिनुपर्नेछ।
 14. म यस पूरा भएको फारामको प्रतिलिपिको अधिकारी हो।

