

बिरामीको नियन्त्रित वस्तुका नियमहरू र स्वीकृति

Mosaic स्वास्थ्यस्याहारका प्रदायकहरू बिरामीको दीर्घकालीन दुखाईको अवस्था वा व्यवहारसम्बन्धी स्वास्थ्य अवस्था उपचार गर्नको लागि उनीहरूले गर्न सक्ने सबै कुरा गर्न प्रतिबद्ध छन्। केही अवस्थाहरूमा, नियन्त्रित पदार्थहरूको निर्धारण बिरामीको दीर्घकालीन दुखाई व्यवस्थित गर्न वा व्यवहारसम्बन्धी स्वास्थ्य अवस्थाहरू उपचार गर्न उपयोग गरिनेछ। नियन्त्रित पदार्थहरू स्थानीय, राज्य र संघीय निकायहरूद्वारा कडाइका साथ व्यवस्थित गरिएको छ र यो कागजात दुवै Mosaic Health को बिरामी र नियन्त्रित पदार्थहरूको निर्धारक Mosaic Health को स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकलाई सुरक्षित राख्न नियमहरू निर्माण गर्न प्रयोग गरिएको छ।

Mosaic Health को बिरामीको रूपमा, म _____ (छापिएको नाम), जन्ममितिको साथमा Mosaic स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकद्वारा मलाई नियन्त्रित पदार्थ निर्धारण गर्नको लागि निम्न नियमहरू स्वीकार गर्दछु।

1. **म स्वीकार गर्दछु** कि सबै नियन्त्रित पदार्थहरू Mosaic स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकद्वारा निर्धारण गरिनेछ। म थप बुझ्दछु कि उहाँको अनुपस्थितिको अवधिमा, प्रदायकलाई कभर गर्ने नियुक्त गरिएको Mosaic Health लाई अपवादको लागि विशेष अधिकार प्राप्त नहुँदासम्म निर्धारण गर्न अधिकार दिन सकिन्छ।
2. **म स्वीकार गर्दछु** कि मैले Mosaic Health बाट नियन्त्रित पदार्थहरू प्राप्त नगर्दा दन्त चिकित्सकहरू सहित कुनै अन्य स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकबाट नियन्त्रित पदार्थहरूको लागि निर्धारण औषधिहरू खोज्नेछैन।
3. **म बुझ्दछु** कि एउटै नियन्त्रित पदार्थ एक वा सोभन्दा बढी स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकले एकै समयमा निर्धारण गर्न गैर-कानूनी हुन्छ र यदि त्यसो भएमा मैले तुरुन्तै मेरो Mosaic स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकलाई सूचना दिनेछु।
4. **म स्वीकार गर्दछु** कि जानीजानी गलत तथ्यहरू प्रस्तुत गरेर स्वास्थ्यस्याहार प्रदायक वा उहाँको कर्मचारीलाई वा (मलाई निर्धारित गरिएको सबै नियन्त्रित पदार्थहरू बारे स्वास्थ्यस्याहार प्रदायक वा उहाँको कर्मचारीलाई सूचना दिन असफल हुने सहित) जानीजानी स्वास्थ्यस्याहार प्रदायक वा उहाँको कर्मचारीबाट तथ्यहरू लुकाएर नियन्त्रित पदार्थको लागि निर्धारण गरिएको औषधि प्राप्त गर्न वा प्राप्त गर्ने प्रयास गर्न गैर-कानूनी हुन्छ।
5. **म बुझ्दछु** कि मैले स्वास्थ्यस्याहार प्रदायकलाई मैले लिइरहेको, खरिद गरेको वा प्राप्त गरेको सबै औषधिहरू बारे अनिवार्य रूपमा सूचना दिनुपर्छ। यसमा पसलमा सजिलै किन्न पाइने औषधिहरू समावेश हुन्छ उक्त कार्य गर्न असफल हुनाले मृत्यु सहित मलाई हानी पुऱ्याउन सक्ने औषधिका अन्तरक्रिया वा ओभरडोजहरू निम्त्याउन सक्छ।
6. **म बुझ्दछु** कि मैले अनिवार्य रूपमा एउटै फार्मसीमा सबै निर्धारण गरिएको नियन्त्रित औषधिहरू प्राप्त गर्नुपर्छ र Mosaic स्वास्थ्यस्याहार प्रदायक वा Mosaic Health को कर्मचारी सदस्यलाई यो जानकारी दिनुपर्छ। म थप बुझ्दछु कि मैले फार्मसीहरू परिवर्तन गर्नुपरेमा वा वैकल्पिक फार्मसी उपलब्ध गराउनु परेमा, मैले अनिवार्य रूपमा तुरुन्तै Mosaic Health को प्रदायकलाई सूचना दिनुपर्छ।



7. **म बुझ्दछु** कि मैले मलाई निर्धारण गरिएका कुनै पनि नियन्त्रित पदार्थहरू साझा गर्ने, बेच्ने वा अन्यथा यसमा मेरो जीवनसाथी वा परिवार सदस्यहरू सहित अन्य कसैलाई पनि पहुँच गर्न अनुमति दिनेछैन।
8. **म बुझ्दछु** कि म एक व्यवसाय दिन भित्र अनुरोध गरिएको र घोषणा नगरिएको पिसाब वा सेरम टक्सिकोलोजी नमूनाहरू (औषधि परीक्षणहरू) सँग सहकार्य गर्नेछु।
9. **म बुझ्दछु** कि मेरो पिसाब वा सेरम टक्सिकोलोजी परीक्षणहरू (औषधि परीक्षणहरू) मा अप्रमाणित पदार्थ भएमा वा पिसाब/सेरम टक्सिकोलोजी परीक्षणमा नियन्त्रित निर्धारण गरिएको औषधि नभएमा म Mosaic Health अभ्यास(हरू) बाट डिस्चार्ज हुन सक्छु।
10. **म स्वीकार गर्दछु** की म नियन्त्रित पदार्थहरूको संयोजनमा मदिरा उपभोग गर्ने छैन।
11. **म स्वीकार गर्दछु** की मैले Mosaic Health स्याहार प्रदायकद्वारा विशेष अधिकार प्राप्त गरिएका बाहेक, अन्य कुनै पनि कानूनी औषधिहरू प्रयोग गर्ने, खरिद गर्ने वा अन्यथा हासिल गर्ने कार्य गर्ने छैन। **म स्वीकार गर्दछु** की मैले गाँजा, कोकिन आदि सहित अन्य अवैध औषधिहरूको प्रयोग, खरिद वा अन्यथा हासिल गर्ने छैन।
12. **म स्वीकार गर्दछु** निर्धारित गरिएको नियन्त्रित पदार्थ वा अन्य पदार्थहरूको संयोजन (उदाहरणका लागि: मदिरा वा निर्देशित औषधिहरू) सहित कुनै पनि पदार्थको प्रभावमा रहेर ड्राइभिङ गर्दा, यसले मेरो ड्राइभिङ क्षमतालाई असर पार्छ, जसले DUI शुल्कहरू लाग्न, चोटपटक लाग्ने वा मृत्यु हुन सक्छ।
13. **म स्वीकार गर्दछु** की कानूनी अधिकारीहरूबाट प्रत्यक्ष प्रमाणमा सुस्पष्ट लिखित प्रमाण उपलब्ध नगराएसम्म तिनीहरूले हराउने, चोरी हुने, भिज्ने, नष्ट हुने वा अन्यथा गलत ठाउँमा राखिएमा नियन्त्रित पदार्थहरूका लागि लिखित निर्देशनहरू प्रतिस्थापित गर्न सकिँदैन।
14. **म स्वीकार गर्दछु** की प्रारम्भिक रिफिलहरूलाई अधिकार दिइने छैन।
15. **म स्वीकार गर्दछु** की नवीकरणहरू मलाई विशेष स्याहारका लागि सिफारिस गरिएको मेरो Mosaic Health स्याहार प्रदायक वा स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकसँग भएका मेरा अपोइन्टमेन्टमा आधारित हुन्छन्।
16. **म बुझ्दछु** कि तिनीहरू दायर नगरिने भएकाले मैले सेवाबाट जवाफ आउने समयपछि वा हप्तान्तमा निर्धारित औषधिहरूको लागि फोन गर्नुहुँदैन।
17. **म बुझ्दछु** कि मलाई (मदिरा सहित) कानूनी वा गैर-कानूनी औषधिहरूको लागि गिरफ्तार वा कैद गरिएमा, नियन्त्रित पदार्थहरूमा न त रिफिल न नवीकरणहरू केही पनि दिइनेछैन।

Mosaic Health बिरामीको रूपमा, **म स्वीकार गर्दछु** कि यी नियमहरूको पालना गर्न असक्षम भएमा यी नियमहरूले परिणाम स्वरूप मेरो नियन्त्रण पदार्थहरूको समाप्ति र सबै Mosaic Health अभ्यासहरूबाट सम्भावित डिस्चार्ज हुनेछ। **म थप स्वीकार गर्दछु** की स्थानीय, राज्य वा संघीय कानूनको पालना गर्न असफल भएकाले कानून प्रवर्तन अधिकारीहरूलाई सम्पर्क गरिनेछ।

म अन्त्यमा स्वीकार गर्दछु की मेरो तलको हस्ताक्षरमार्फत म मदिरा वा लागूपदार्थको प्रभावमा छैन र मलाई पूर्ण रूपमा यी नियमहरूको पालना गर्ने अधिकार छ र सामर्थ्य छ र मैले तिनीहरू पढेको छु, तिनीहरूलाई बुझेको छु, तिनीहरूलाई स्वीकार गरेको छु र तिनीहरूको प्रतिलिपि दिएको छु।



mosaic health
Better happens together.

बिरामीको हस्ताक्षर

मिति

आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको हस्ताक्षर
(बिरामी हस्ताक्षर गर्न असमर्थ भएमा वा नाबालक भएमा)

बिरामीसँगको नाता

Mosaic Healthकर्मचारीको साक्षीको हस्ताक्षर

मिति