

सहमति प्रपत्र

मैं, अधोहस्ताक्षरी, लास्ट माइल केयर प्राइवेट लिमिटेड में मुझ पर की जाने वाली निम्नलिखित स्वास्थ्य जांच सेवाओं के लिए ओ.टी.पी. या हस्ताक्षर के माध्यम से अपनी सूचित सहमति देता हूं। लिमिटेड (1Care) व्यापक स्वास्थ्य मूल्यांकन के उद्देश्य से और मेरी एजेंसी के संबंधित अधिकृत कर्मियों के साथ निम्नलिखित परीक्षणों के स्वास्थ्य डेटा को साझा करने के लिए सहमति देने के लिए।

Sl. No.	परीक्षण का नाम
1	ईसीजी (ECG)
2	खून शर्करा (Blood Sugar)
3	रक्त हीमोग्लोबिन (Blood Haemoglobin)
4	शराब परीक्षण (Alcohol Test)
5	नज़र का परीक्षण (Vision Test)
6	बॉडी मास इंडेक्स (Body Mass Index (BMI))
7	पल्मोनरी फंक्शन टेस्ट (Pulmonary Function Test)
8	रक्तचाप (Blood Pressure)
9	एच आर वी टेस्ट (HIV)
10	टेली कंसल्टेशन (Teleconsultation)

सारे परीक्षणों की विस्तृत जानकारी मुझे 1केयर क्लिनिक के प्रतिनिधि द्वारा दी गयी है, और मैं समझता हूं कि ये परीक्षण और परामर्श मेरे समग्र स्वास्थ्य का आकलन करने और उचित चिकित्सा सलाह और उपचार प्रदान करने के लिए किए जा रहे हैं।

मुझे पता है कि इन परीक्षणों के परिणामों पर मेरे साथ चर्चा की जा सकती है, और मुझे कोई भी प्रश्न पूछने या प्रक्रियाओं या परिणामों पर और स्पष्टीकरण मांगने की पूरी अनुमति है। मुझे इन परीक्षणों से जुड़े संभावित जोखिमों और लाभों के बारे में बताया गया है।

मैं समझता हूं कि मेरी भागीदारी स्वैच्छिक है, और मुझे किसी भी सूचीबद्ध सेवा से इनकार करने का अधिकार है। इन परीक्षणों से गुजरने के लिए मुझ पर कोई दबाव या दबाव नहीं डाला गया है।

मैं स्वीकार करता हूं कि इन स्वास्थ्य मूल्यांकनों के उद्देश्य से मुझे कुछ व्यक्तिगत जानकारी और चिकित्सा इतिहास प्रदान करने की आवश्यकता हो सकती है। मैं लास्ट माइल केयर प्राइवेट द्वारा इस जानकारी के संग्रह और उपयोग के लिए सहमति देता हूं।

मैं लास्ट माइल केयर प्राइवेट लिमिटेड (1केयर), इसके कर्मचारी और संबद्ध स्वास्थ्य सेवा प्रदाता इन सेवाओं से संबंधित किसी भी दायित्व से मुक्त करता हूं।

मैं अपने नियोक्ता के साथ अपनी परीक्षण रिपोर्ट साझा करने को मंजूरी देता हूं।

CONSENT FORM

I, the undersigned, give my informed consent through OTP or signature for the following health check-up services to be performed on me at Last Mile Care Pvt. Ltd. (1Care) for the purpose of comprehensive health assessment and also to give consent to share the health data of the following tests with the relevant authorized personnel of my agency.

Sl. No.	Name of Test
1	ECG
2	Blood Sugar
3	Blood Haemoglobin
4	Alcohol Test
5	Vision Test
6	Body Mass Index (BMI)
7	Pulmonary Function Test (Lung Test)
8	Blood Pressure
9	HIV Test
10	Teleconsultation and prescription

The details of the tests being conducted have been explained to me and I understand that these tests and consultations are being conducted to assess my overall health and to provide appropriate medical advice and treatment recommendations.

I understand that the results of these tests can be discussed with me, and I am encouraged to ask any questions or seek further clarification on the procedures or results. I have been told about the possible risks and benefits associated with these tests.

I understand that my participation is voluntary, and I have the right to refuse any of the listed services. No pressure or pressure has been put on me to undergo these tests.

I acknowledge that I may be required to provide certain personal information and medical history for the purpose of these health evaluations. I consent to the collection and use of this information by Last Mile Care Pvt. Ltd. (1Care) and its medical staff.

I release Last Mile Care Pvt. Ltd. (1Care), its employees and affiliated healthcare service providers shall be released from any liability related to the performance of these services.

I approve sharing of my test reports with my employer.