

HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کی منظوری

سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	مریض کا نام
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا منظور کردہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور بیلنہ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 (HIPAA) کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

1. اس منظوری میں شامل ہوسکتے ہیں الکوحل اور منشیات کے استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوا نفسیاتی علاج کے نوٹس، اور خفیہ HIV* سے متعلقہ معلومات، صرف اگر میں نے شق (a) 9 میں مناسب سطر پر اپنے نام کے حروف لکھے ہوں۔ ایسی صورت میں کہ ذیل میں درج صحت سے متعلقہ معلومات میں اس نوعیت کی کوئی معلومات شامل ہو، اور میں نے شق (a) 9 کے خانے میں سطر پر اپنے نام کے حروف لکھے ہوں، میں خاص طور پر شق 8 میں درج شخص (اشخاص) کو ایسی معلومات افشا کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔
2. اگر میں HIV سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، وصول کنندہ کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنا منع ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے حق ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے سے امتیازیت کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 2493-480 (212) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ایجنسیاں میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہیں۔
3. میں کسی وقت بھی ذیل میں درج صحتی نگہداشت کے فراہم کنندہ کو تحریر کر کے اس منظوری کو منسوخ کرنے کا حق رکھتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں یہ منظوری منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس منظوری کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کر لیا گیا ہو۔
4. میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی منظوری سے مشروط نہیں ہونگے۔
5. اس منظوری کے تحت افشا کردہ معلومات کو موصول کنندہ کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے (ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے)، اور ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت تحفظ حاصل نہ ہو۔
6. میں اپنے طبی نگہداشت فراہم کنندہ کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت اور زمعی حفظان صحت کو اور ان کے ملازمین، ایجنٹوں اور ٹھیکیداروں کو افشا کرنے اور ان کے ساتھ ان معلومات پر بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا کی جانے والی مخصوص معلومات:	
<input type="checkbox"/>	طبی ریکارڈ (تاریخ لکھیں)
<input type="checkbox"/>	تمام طبی ریکارڈ، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس (ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس)، ٹیسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلم، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور آپکو دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے بھیجے گئے ریکارڈز۔
<input type="checkbox"/>	دیگر: _____
ذیل شامل ہیں: (نام کے حروف لکھ کر نشان دہی کریں)	
الکوحل / منشیات کا علاج	
دماغی صحت کی معلومات	
HIV متعلقہ معلومات	
8. معلومات افشا کرنے کی وجہ:	9. اس منظوری کی معیاد ایک (1) مریض یا نمائندے یا ذیل میں بیان کیے گئے فرد کے دستخط کرنے کی تاریخ سے ایک سال میں ختم ہو جائے گی۔
<input type="checkbox"/>	فرد کی درخواست کرنے پر
<input type="checkbox"/>	دیگر: _____
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:	11. مریض کی جانب سے دستخط کرنے کا اختیار:
_____	_____

اس فارم پر تمام شقیں مکمل کر لی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں۔ اسکے علاوہ، مجھے فارم کی ایک نقل بھی فراہم کی گئی ہے۔

تاریخ: _____

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط۔

* Human Immunodeficiency وائرس جو AIDS پھیلاتا ہے۔ نیویارک ریاست پبلک صحت قانون معلومات کا تحفظ کرتا ہے جو معقول طور پر کسی کی HIV علامات یا انفکشن رکھنے والے شخص کی شناخت کرسکتی ہوں اور اس شخص کے روابط کی معلومات کا۔