

হিপা অনুসারে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	সোশাল সিকিউরিটি নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য বিধি অনুযায়ী প্রকাশ করার জন্য অনুরোধ করছি এই ফরমে বর্ণিত হয়েছে। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও ১৯৯৬ সালের প্রাইভেসি রুল অভ দ্য হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদন অ্যালকোহল ও মাদক অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং গোপনীয় এইচআইভি* সংক্রান্ত তথ্য কেবলমাত্র যদি আমি 9(a) আইটেমের যথাযথ লাইনে আমার ইনিশিয়াল দিয়ে থাকি। যদি নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যে এসব ধরনের তথ্য থাকে, এবং আমি 9(a) আইটেমের ঘরে ইনিশিয়াল দিয়ে থাকি, তাহলে আমি 8 আইটেমে বর্ণিত ব্যক্তি(দের) কাছে এই তথ্য প্রকাশের জন্য সুনির্দিষ্টভাবে অনুমতি প্রদান করছি।
- যদি আমি এইচআইভি সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি, তাহলে এর প্রাপক আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ করতে পারবেন না, যদি ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার এইচআইভি সংক্রান্ত তথ্য লাভ করতে বা ব্যবহার করতে পারেন সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি এইচআইভি সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার কারণে বৈষম্য অভিজ্ঞতা করি, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অভ হিউম্যান রাইটসের সঙ্গে (212) 480-2493 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অভ হিউম্যান রাইটসের সঙ্গে (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারব। এসব এজেন্সির দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- আমার অধিকার আছে যেকোন সময়ে এই অনুমোদন বাতিল করার জন্য লিখিতভাবে নিচের হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের কাছে অনুরোধ করার। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন বাতিল করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ বাদে।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, পেমেন্ট, হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি অথবা সুবিধালাভের যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশে অনুমতি দেওয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য তথ্যলাভকারী পুনরায় প্রকাশ করতে পারেন (উপরে ধারা ২ এ করা উল্লেখ বাদে) এবং এই পুনপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনদারী সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং তার সকল কর্মচারি, এজেন্ট ও কন্সাল্টারদের কাছে প্রকাশের এবং এ তথ্য নিয়ে তাদের সাথে পরামর্শ করার অনুমতি দিচ্ছি।**

<p>7. প্রকাশিতব্য সুনির্দিষ্ট তথ্য:</p> <p><input type="checkbox"/> মেডিকেল রেকর্ড (তারিখ দিতে হবে) _____ তারিখ থেকে (তারিখ দিতে হবে) তারিখ পর্যন্ত _____</p> <p><input type="checkbox"/> সমগ্র মেডিকেল রেকর্ড, রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), টেস্ট রেজাল্ট, রেডিওলজি পর্যবেক্ষণ, ফিল্ম, রেফারাল, পরামর্শ, বিলের রেকর্ড, এবং আপনার কাছে পাঠানো অন্য হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারের রেকর্ডসহ।</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____ এর অন্তর্ভুক্ত আছে: (নামের আদ্যাক্ষর দিয়ে চিহ্নিত করুন)</p> <p>_____ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসা</p> <p>_____ মানসিক সুস্থতার তথ্য</p> <p>_____ এইচআইভি সংক্রান্ত তথ্য</p>	
<p>8. তথ্য প্রকাশের কারণ:</p> <p><input type="checkbox"/> ব্যক্তির অনুরোধ</p> <p><input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____</p>	<p>9. এই অনুমতিপত্র রোগী বা তার প্রতিনিধির স্বাক্ষরের পরবর্তী এক (১) বছর পর এই অনুমতি বাতিল হয়ে যাবে যদি না এখানে সুনির্দিষ্টভাবে অন্য নির্দেশনা থাকে:</p> <p>_____</p>
<p>10. যদি রোগী না হয়ে থাকেন, যিনি ফরমে স্বাক্ষর করেছেন তার নাম:</p> <p>_____</p>	<p>11. রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার ক্ষমতা:</p> <p>_____</p>

এই ফরমের সব ধারা পূরণ করা এবং তার ফরম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের জবাব দেওয়া হয়েছে। এছাড়া, আমাকে ফরমটির কপি দেওয়া হয়েছে।

তারিখ: _____

রোগী অথবা আইনবলে ক্ষমতাপ্রাপ্ত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

*এইডস রোগের কারণ হিউম্যান ইন্থুনডেফিশিয়েন্সি ভাইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ ল এইচআইভি লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারো পরিচয় প্রকাশ রকে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।