

হিপা (HIPAA) অনুসারে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর আইডি 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 7(a) আইটেমের যথাযথ লাইনে আমার ইনিশিয়াল দিয়ে থাকি। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনে সই করি, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (“DOE”) যারা যুগ্মভাবে অফিস অভ স্কুল হেলথ - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV/AIDS-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি, তাহলে আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা DOHMH-এর জন্য নিষিদ্ধ। যদি না ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার কারণে বৈষম্যের অভিজ্ঞতা লাভ করি, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অভ হিউম্যান রাইটসের (212) 480-2493 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অভ হিউম্যান রাইটসের (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 যে হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি তার কাছে অনুরোধ জানানোর। 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 DOHMH অথবা DOE কর্তৃক পুনরায় প্রকাশ করা যাবে (উপরের আইটেম 2-এ যেমনটি উল্লেখ আছে সেটি বাদে) এবং এই পুনপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে আলোচনার অনুমতি প্রদান করছি।

7. যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:
সকল স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য (লিখিত এবং মৌখিক) এর অন্তর্ভুক্ত রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপির নোট ব্যতীত), পরীক্ষার ফলাফল, ররেডিওলজি স্টাডিজ, ফিন্যান্স, রেফারাল, কনসাল্ট, বিলিং রেকর্ড, ইনসিওরেন্স রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্য প্রযত্ন প্রদানকারীগণ কর্তৃক পাঠানো আমার স্বাস্থ্য প্রযত্ন প্রদানকারীদেরকে পাঠানো রেকর্ডসমূহ।

এই বক্সটি যদি চেক মার্ক করা থাকে, তাহলে শুধুমাত্র এখানে উল্লিখিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ এবং সেসম্পর্কে আলোচনা করুন:

(আপনি যদি না পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন। এই ফরমটিকে আপনি কতদিন বৈধ রাখতে চান সেটি স্থির করতে নিচের বক্স 9 ব্যবহার করুন)

এর অন্তর্ভুক্ত আছে: (স্বাক্ষর দিয়ে নির্দেশ করুন)

_____ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসার তথ্য। যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম উল্লেখ করুন:

_____ মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: অন্যথায় এখানে উল্লিখিত না হলে, এই তথ্য রোগী অথবা তার প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে:

9. এখানে অন্যথায় উল্লিখিত না হলে, এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অভ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না।**:

10. যদি রোগী না হয়ে থাকেন, যিনি ফরমে স্বাক্ষর করেছেন তার নাম:

11. এখানে অন্যথায় উল্লিখিত না হলে, এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অভ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না।

এই ফরমের সব ধারা পূরণ করা এবং এই ফরম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের জবাব দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফরমের একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী অথবা আইনবলে ক্ষমতাপ্রাপ্ত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

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

**উপরের 9 নম্বরে যদি কোন মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ উল্লিখিত থাকে, তাহলে ফরমটি ঐ তারিখ থেকে বৈধতা হারাতে এবং সেক্ষেত্রে রোগীর পিতামাতা অথবা আইনি অভিভাবক অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্য কোন ব্যক্তি অবশ্যই একটি নতুন ফরম জমা দেবেন।