

**HIPAA کے مطابق صحت سے متعلقہ معلومات کو افشا کرنے کا اجازت نامہ**

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض کا شناختی نمبر
مریض کا پتہ		

- میں، یا میرا مجاز یافتہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:
- صرف اسی وقت **الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج،** ماسوا نے نفسیاتی علاج کے نوٹس کے، اور HIV/AIDS\* سے متعلقہ خفیہ معلومات کے افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں صحیح سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات کی صورت میں اگر اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کے سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت، ذہنی صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم جو مل کر دفتر برائے اسکول صحت چلاتے ہیں، کو ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
  - اگر میں HIV/AIDS سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج، کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنے کی ممانعت ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے میں تعصب کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 480-2493-718 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۔
  - مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کی نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا کرنے کی اجازت دی ہے کو کسی بھی وقت لکھ کر اس اجازت نامے کو منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں یہ اجازت کو منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کر لیا گیا ہو۔
  - میں یہ جانتا ہوں کہ اس اجازت پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
  - اس اجازت کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH 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 مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
  - میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی صحت اور نیویارک محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور بحث والی مخصوص معلومات:

صحت سے متعلق تمام معلومات (تحریری یا زبانی) بشمول مریض کی رودادیں، دفتری نوٹس (ماسوائے نفسیاتی علاج نوٹس)، ٹیسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلمیں، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور میرے

دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔

اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کرنے اور اس پر بحث کی جا سکتی

ہے: (اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈ افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کو استعمال کریں۔ اس فارم کو آپ کتنا عرصہ رکھنا چاہتے ہیں بتانے کیلئے ذیل میں خانہ 9 کا استعمال کریں)

شامل ہے: (مختصر دستخط کر کے نشاندہی کریں)

\_\_\_\_\_ الکوحل/منشیات کے علاج کی معلومات افشا کیے جانے والے ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ذہنی صحت معلومات

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات

9. اس اجازت نامے کی معیاد اس تاریخ کو ختم ہوجائے گی جب مریض نیویارک شہر محکمہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفتر برائے اسکول صحت کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوا اسکے کہ بصورت دیگر ذیل میں واضح کیا گیا ہے: \*\*

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:

11. اس فارم پر دستخط کرنے والے شخص کو مریض کی جانب سے بحیثیت والدین یا مریض کا قانونی سرپرست، یا جیسے ذیل میں بیان کیا گیا ہے، قانون کے تحت دستخط کرنے کا مجاز ہے:

10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام:

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کر لی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے تحت مجاز نمائندے کے دستخط

\* AIDS پھیلانے والے انسان میں مدافعتی قوت کی کمی کا وائرس Human Immunodeficiency Virus - نیویارک ریاستی قانون برائے عوامی صحت ان معلومات کا تحفظ کرتا ہے جس کے ذریعے معقول طور پر کسی شخص کی HIV علامات یا انفیکشن اور معلومات رکھنے والے شخص اور اس کے روابط کی معلومات کی شناخت ہو سکے۔

\*\*اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر بے اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز یا دیگر فرد کے لیے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔