

HIPAA کے بموجب صحت کی معلومات کے اجرا کے لیے اجازت

مریض کا نام:	تاریخ پیدائش:	سوشل سیکیورٹی نمبر (آخری چار ہندسے):
پتہ:	کلانٹ ID نمبر (CIN):	ڈس ایبلٹی ID نمبر (DIN):

- میری، یا میرے مجاز نمائندے کی درخواست ہے کہ میری نگہداشت اور علاج کے سلسلے میں معلومات صحت کو اس فارم میں مذکور کے مطابق جاری کیا جائے۔ نیو یارک اسٹیٹ کے 1996 کے صحت بیمہ کی انتقال پذیری اور جوابدہی قانون (HIPAA) کے قانون اور رازداری کے اصول کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:
1. یہ اجازت نامہ شراب اور منشیات کے بیجا استعمال، ذہنی صحت کے علاج سے متعلق معلومات کے انکشاف پر مشتمل ہے، سوائے فزیوتھراپی نوٹ اور HIV* سے متعلق خفیہ معلومات کے، الا یہ کہ میں سیکشن 9(c) میں مناسب باکس (باکسز) کو نشان زد کر دوں۔ بصورت دیگر، سیکشن 9(a) میں ذیل میں بیان کردہ صحت کی معلومات میں، اس قسم کی معلومات میں سے کوئی بھی شامل ہے، اور میں سیکشن 9(b) کے باکس پر لائن شروع کرتا ہوں، میں خاص طور پر سیکشن 8 میں اشارہ کردہ شخص (اشخاص) یا ادارے کو ایسی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔
 2. اگر میں HIV سے متعلق، شراب یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں تو، وصول کنندہ کو میرے اجازت کے بغیر اس طرح کی معلومات کا دوبارہ انکشاف کرنے سے منع کیا جاتا ہے الا یہ کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے ان لوگوں کی فہرست طلب کرنے کا حق ہے جو اجازت نامہ کے بغیر HIV سے متعلق میری معلومات موصول یا استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر مجھے HIV سے متعلق معلومات جاری کرنے یا ان کا انکشاف کرنے کی وجہ سے امتیازی سلوک کا سامنا کرنا پڑتا ہے، تو میں نیو یارک اسٹیٹ ڈویژن آف ہیومن رائٹس سے (888) 392-3644 پر یا TDD/TTY (718) 741-8300 پر رابطہ کر سکتا ہوں۔
 3. مجھے نیچے سیکشن 7 میں ندرج شدہ نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو خط لکھ کر کہی بھی یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دینے کا حق حاصل ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دے سکتا/سکتی ہوں سوائے اس حد کے کہ اس اجازت نامہ کی بنیاد پر پہلے کارروائی ہو چکی ہو۔ اگر پہلے منسوخ نہیں کیا گیا تو، یہ اجازت اس عزم/جانزہ کی تکمیل پر یا اس فارم پر دستخط کرنے کی تاریخ سے ایک سال بعد، جو بھی پہلے آئے، ختم ہو جائے گی۔
 4. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو یونٹ کو معذوری کے تعین کے لیے صحت کی ضروری معلومات جمع کرنے کے لیے اس فارم کو مکمل کرنے کی ضرورت ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت کے بغیر، Medicaid کی مراعات کے لیے میری اہلیت متاثر ہو سکتی ہے۔
 5. اس اجازت نامہ کے تحت انکشاف کردہ معلومات کا محکمہ صحت کے ذریعے دوبارہ انکشاف کیا جا سکتا ہے (آئٹم 2 میں جیسا مذکور ہے، کو چھوڑ کر)، اور اس دوبارہ انکشاف کا وفاقی یا ریاستی قانون کے ذریعے مزید تحفظ نہیں کیا جا سکتا۔
 6. یہ اجازت آپ کو سیکشن 9(b) میں بیان کردہ سرکاری ایجنسی کے علاوہ کسی اور سے میری صحت کی معلومات یا طبی نگہداشت پر بات کرنے کی اجازت نہیں دیتی ہے۔
 7. اس معلومات کو جاری کرنے کے لیے مجاز نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا ادارے کا نام اور پتہ:

8. اس شخص (اشخاص) یا ایجنسی کا نام اور پتہ جس کو یہ معلومات بھیجی جانی ہے:

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a) مخصوص معلومات جو جاری کرنی ہیں:

- (تاریخ) سے _____ (تاریخ) تک کے میڈیکل ریکارڈز۔
- مکمل میڈیکل ریکارڈ، بشمول مریض کی سرگزشت، دفتری نوٹ (سوائے سائیکو تھراپی نوٹ کے)، ٹیسٹ کے نتائج، ریڈیولوجی اسٹیڈیز، فلمیں، ریفرلز، مشاورت، بلنگ ریکارڈز، بیمہ کے ریکارڈز، اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے ذریعے آپ کو بھیجے گئے ریکارڈز۔
- دیگر: _____

9(b) صحت کی معلومات پر بحث کرنے کی اجازت:

یہاں مختصر دستخط کر کے _____ میں _____ (فرد/نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا نام)

کو اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو یونٹ کے ساتھ میری صحت کی معلومات پر گفتگو کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

9(c) میں اس کے انکشاف سے اتفاق نہیں کرتا/کرتی ہوں (لاگو ہونے والے تمام خانوں کو نشان زد کریں):

شراب/منشیات کی لت کا علاج ذہنی صحت کی معلومات HIV سے متعلق معلومات

10. معلومات کے اجرا کی وجہ: فرد کی درخواست پر دیگر: _____

11. استعمال/انکشاف کا مقصد: معذوری کا تعین اور جانزہ

12. اگر مریض نہیں ہے تو اس فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام (بڑے حروف میں): _____

13. مریض کی طرف سے دستخط کرنے کے اختیار کی قسم: _____

اس فارم کے تمام سیکشنز مکمل ہو چکے ہیں اور اس فارم کے بارے میں میرے سوالات کے جوابات دے دیے گئے ہیں۔ میں اس صفحہ پر درج کی گئی فیسیلٹی/شخص کو اس صفحہ پر نامزد شخص کی صحت کی معلومات نیویارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف ہیلتھ اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو یونٹ کو جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

تاریخ

مریض یا نمائندے کا دستخط جو قانون کے ذریعے مجاز ہے

"صحت کی معلومات اور HIV سے متعلق خفیہ معلومات جاری کرنے کی اجازت" فارم آپ کے نگہداشت صحت فراہم کنندگان (اسپتالوں، ڈاکٹروں، معالجین، وغیرہ) کو آپ کے صحت کے ریکارڈز کی کاپیاں اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو ٹیم کو بھیجنے کی اجازت دیتا ہے۔ صحت کے یہ ریکارڈز ڈس ایبلٹی ریویو ٹیم کو یہ تعین کرنے میں مدد کریں گے کہ آیا آپ معذور ہیں یا نہیں۔ آپ کو ان فارموں میں سے ایک کو پُر کرنے اور اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندگان میں سے ہر ایک کو بھیجنے کی ضرورت ہوگی جسے آپ کے میڈیکل ریکارڈز بھیجنے کی ضرورت ہے۔

فارم کے اوپری حصے میں موجود باکس کو پُر کیا جائے گا۔ اگر معلومات غلط ہیں تو براہ کرم غلط معلومات پر لکیر کھینچیں اور صحیح معلومات لکھیں۔

باقی فارم کو پُر کرنے سے پہلے اوپر والے باکس کے نیچے موجود آئٹمز 1 سے 6 میں موجود معلومات کو پڑھیں۔ یہ پیراگراف آپ کو صحت کی معلومات کی قسم کے بارے میں معلومات فراہم کرتے ہیں جسے آپ اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے ذریعہ بھیجنے کا انتخاب کر سکتے ہیں، آپ کے صحت کے ریکارڈز جاری کرنے کی اجازت دینے کے آپ کے حقوق اور اجازت کو کیسے روکا جائے، اور آپ کی صحت کی معلومات کس کو دیکھنے کی اجازت ہے۔

7) نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا نام اور پتہ درج کریں جو اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو ٹیم کو آپ کے صحت کے ریکارڈز بھیجنے والا ہے۔
اپنے ہر ایک نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے لیے ایک فارم پُر کریں۔

8) نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو مطلع کرتا ہے کہ صحت کے ریکارڈز کس کو بھیجنا ہے۔ یہ باکس پہلے ہی اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو ٹیم کی معلومات سے پُر ہو جائے گا۔

9a) • اگر آپ چاہتے ہیں کہ نگہداشت صحت فراہم کنندہ آپ کے طبی ریکارڈز کو ایک خاص مدت کے لیے بھیجے، تو پہلے باکس کو نشان زد کریں اور وقت کی مدت کے لیے تاریخیں درج کریں۔ معذوری کا تعین کرنے کے لیے، جس مدت میں معذوری کا تعین کیا جا رہا ہے اس کے لیے کم از کم 12 ماہ کے صحت کے ریکارڈز کی ضرورت ہے۔

• اگر آپ چاہتے ہیں کہ نگہداشت صحت فراہم کنندہ آپ کا پورا میڈیکل ریکارڈ بھیجے تو دوسرے باکس کو نشان زد کریں۔

• اگر آپ چاہتے ہیں کہ نگہداشت صحت فراہم کنندہ کوئی دوسری معلومات بھیجے، تو تیسرے باکس (دیگر) کو نشان زد کریں اور وہ معلومات لکھیں جو نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو بھیجنی ہے۔

9b) اگر آپ اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو اسٹیٹ ڈس ایبلٹی ریویو ٹیم میں کسی سے بات کرنے کی اجازت دینا چاہتے ہیں تو فراہم کردہ خطوط پر اپنے نام اور اپنے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا نام لکھیں۔

9c) 9(c) کے تحت، طبی معلومات کی قسم کے لیے باکس کو نشان زد کریں جسے آپ کے نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو بھیجنے کی اجازت نہیں ہے۔

10) اگر فرد نے معلومات جاری کرنے کی درخواست کی ہے تو باکس کو نشان زد کریں، یا دیگر کو نشان زد کریں اور درخواست کی وجہ بتائیں۔

11) اس درخواست کا مقصد معذوری کا تعین اور جائزہ لینا ہے۔

12) اگر آپ میڈیکل ریکارڈز کی درخواست کرنے کے لیے فارم پُر کرنے والے مریض نہیں ہیں، تو اپنا نام بڑے حروف میں لکھیں۔

13) اگر آپ مریض کے قانونی نمائندے ہیں، تو مریض کے ساتھ اپنا رشتہ لکھیں۔ مثال کے طور پر، اگر مریض بچہ ہے اور آپ ماں یا باپ ہیں، تو ماں یا باپ لکھیں۔ اگر آپ مریض کے قانونی سرپرست ہیں تو قانونی سرپرست لکھیں۔

اگر آپ چاہتے ہیں کہ آپ کا طبی نگہداشت فراہم کنندہ آپ کے طبی ریکارڈز بھیجے، تو اس فارم پر مریض یا مریض کے قانونی نمائندے کا دستخط اور تاریخ ضرور درج ہونی چاہیے۔