

مریض کا نام (آخری، پہلا، درمیانی نام) "C" نمبر جنس تاریخ پیدائش ادارے کا نام اکائی / وارڈ / رہائش نمبر	اجازت نامہ برائے اجراء معلومات
یہ اجازت نامہ ریاستی اور وفاقی قوانین اور ضوابط کے عین مطابق، صحت سے متعلق تحفظ یافتہ معلومات کا استعمال / افشاء کے واسطے لازمی طور پر مریض / مریضہ یا اس کے / کی ذاتی نمائندہ کے ذریعہ پر کیا جائے۔ معلومات کا اجراء ذیل میں بیان کردہ ایسے فریقوں کے سامنے اس اجازت نامہ کے بموجب کیا جاسکتا ہے جن کو معلومات کی ایک بدیہی ضرورت ہو، بشرطیکہ اس افشاء سے مریض یا کسی دیگر فرد کو کوئی نقصان ہونے کی معقول توقع نہ ہو۔ HIV سے وابستہ خفیہ معلومات کے استعمال یا افشاء کے لئے ایک علیحدہ اجازت نامہ درکار ہے۔	
جزء 1: معلومات کے اجراء کے لئے اجازت نامہ	
جس معلومات کا استعمال / افشاء ہونا ہے اس کی وضاحت:	
معلومات کا مقصد یا ضرورت: 1. یہ معلومات طلب کی جارہی ہے: <input type="checkbox"/> فرد واحد یا اس کے / کی ذاتی نمائندہ کے ذریعہ کسی ایسے فرد یا بستی کو جاری کرنے کیلئے جو معلومات کی ضرورت کو واضح کر سکے؛ یا <input type="checkbox"/> دیگر (براہ کرم بیان کریں) _____ 2. افشاء کا مقصد ہے (براہ کرم بیان کریں):	
نوٹ: اگر ایک ہی معلومات کا افشاء کئی ایک فریقوں کے روبرو ایک ہی مقصد کے لئے، بعینہ اسی عرصہ کے لئے ہونا ہے تو اس اجازت نامہ کا اطلاق یہاں مذکور سبھی فریقوں کے اوپر ہوگا۔ _____ _____ _____	ائ: معلومات کا افشاء کرنے والے فرد / تنظیم / ادارہ / پروگرام کا نام، پتہ اور عہدہ _____ _____ _____
A. میں معرفت ہذا اوپر بیان کردہ فرد / تنظیم / ادارہ / پروگرام (پروگراموں) کے روبرو مذکورہ بالا معلومات کے استعمال یا افشاء کی اجازت دیتا ہوں۔ مجھے معلوم ہے کہ: 1. اس اجازت کے نتیجے میں صرف اس فارم میں بیان کردہ معلومات کا استعمال اور / یا افشاء ہوسکتا ہے۔ 2. یہ معلومات خفیہ ہے اور رازداری سے متعلق وفاقی قوانین (HIPAA) اور این وائی ایس مینٹل ہائجین لاء کے تحت تحفظ یافتہ ہے اور قانونی طور پر میری اجازت کے بغیر اس کا افشاء نہیں کیا جاسکتا ہے۔ 3. اگر اس معلومات کا افشاء کسی ایسے فرد کے سامنے کیا جاتا ہے جو HIPAA پر عمل کرنے کا پابند نہیں ہے، تو اس کا باز افشاء ہوسکتا ہے اور وہ HIPAA کے تحت مزید تحفظ یافتہ نہیں رہے گی۔ البتہ، یہ معلومات ایسی صورت میں بھی این وائی ایس مینٹل ہائجین لاء کے تحت تحفظ یافتہ رہیں گی، جو کسی ایسے فرد کے ذریعہ معلومات کے باز افشاء کو ممنوع قرار دیتا ہے جس نے معلومات حاصل کی ہو، تاوقتیکہ این وائی ایس قانون (مینٹل ہائجین لاء §33.13) کے ذریعہ اس باز افشاء کی اجازت ہو۔ 4. مجھے کسی بھی وقت یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دینے (واپس لینے) کا اختیار ہے۔ میری منسوخی مجھے (ادارہ / پروگرام کا نام درج کریں) _____ کے ذریعہ فراہم کردہ فارم پر تحریری شکل میں ہونی چاہیے۔ میں اس امر سے واقف ہوں کہ میں نے جن افراد کو اپنی تحفظ یافتہ معلومات صحت کا استعمال اور / یا افشاء کرنے کی اجازت دی ہے انہوں نے میرے سابقہ اجازت نامے کی وجہ سے اگر پہلے ہی اقدام کر رکھا ہے تو میری منسوخی کا کوئی اثر نہیں ہوگا۔ 5. مجھے اس اجازت نامے پر دستخط کرنا ضروری نہیں ہے اور دستخط کرنے سے میرے انکار کرنے کے سبب نیویارک ریاست کے دفتر برائے دماغی صحت کی جانب سے معالجہ حاصل کرنے کی میری اہلیتیں متاثر نہیں ہوں گی، نہ ہی اس کی وجہ سے وظائف کے لئے میری اہلیتوں پر اثر پڑے گا۔ 6. مجھے خود اپنی تحفظ یافتہ ایسی معلومات صحت کا معائنہ اور اس کی نقل کرنے کا حق حاصل ہے جس کا استعمال اور / یا افشاء کیا جانا ہے (45 CFR § 164.524 کے تحت موجود رازداری کے وفاقی قوانین، اور این وائی ایس مینٹل ہائجین لاء §33.13 کے تقاضوں کے مطابق)۔	
B-1. ایک بار استعمال / افشاء: میں معرفت ہذا اوپر بیان کردہ معلومات کو اوپر میں مذکور فرد / تنظیم / ادارہ / پروگرام کے سامنے ایک بار استعمال یا افشاء کرنے کی اجازت دیتا / دیتی ہوں۔ میری اجازت ختم ہوجائے گی: <input type="checkbox"/> جب اس پر کارروائی ہوجائے گی؛ <input type="checkbox"/> اس تاریخ سے 90 دنوں کے بعد؛ <input type="checkbox"/> دیگر _____	

