



স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন (অ্যালকোহল/মাদকাসক্তি চিকিৎসা এবং মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এবং গোপনীয় এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য সহ)

বিভাগ I. রোগীর তথ্য

রোগীর নাম:	জন্ম তারিখ:	মেডিকেল রেকর্ড নম্বর:
রোগীর ঠিকানা:	ফোন নম্বর:	ইমেল অ্যাড্রেস:

বিভাগ II. অনুমোদন সম্পর্কিত তথ্য

আমি, বা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এই ফর্মটিতে বর্ণিত অনুযায়ী প্রকাশ করার অনুরোধ করছি। আমি বুঝি এবং নিশ্চিত করছি যে:

- এই অনুমোদনটি নেশার পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধির (SUBSTANCE USE DISORDER) চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা এবং গোপনীয় এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য সহ সমস্ত সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে। নেশার পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধির চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা এবং এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য শুধুমাত্র আইটেম 10-এ তালিকাভুক্ত ব্যক্তি(দের) কাছে প্রকাশ করা যেতে পারে যদি আমি আইটেম 13-এর উপযুক্ত লাইনে আমার নামের আদ্যক্ষর স্বাক্ষর করে নির্দিষ্টভাবে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিই।
- মানসিক স্বাস্থ্য ক্লিনিকাল রেকর্ডগুলি থেকে প্রাপ্ত তথ্যগুলি এই অনুমোদন অনুসারে এখানে উল্লেখিত সেইসব পক্ষের কাছে প্রকাশ করা যেতে পারে যাদের এই তথ্যের যৌক্তিক প্রয়োজন রয়েছে, তবে এই তথ্য প্রকাশের ফলে রোগী বা অন্য কারো কোনো ধরনের ক্ষতির আশঙ্কা যুক্তিসঙ্গতভাবে থাকা উচিত নয়।
- কিছু ব্যতিক্রম সহ, স্বাস্থ্য তথ্য একবার প্রকাশ করা হলে প্রাপক পুনরায় তা প্রকাশ করতে পারেন। আমি যদি এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত স্বাস্থ্য, নেশার পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধির চিকিৎসা, অথবা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিই, তবে ফেডারেল বা স্টেট আইনের অধীনে অনুমোদিত না হলে, আমার অনুমোদন ছাড়া প্রাপকের পক্ষে এই ধরনের তথ্য পুনরায় প্রকাশ করা বা প্রকাশিত তথ্য অন্য কোনো উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা নিষিদ্ধ। আমি যদি এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য প্রদান বা প্রকাশের কারণে বৈষম্যের শিকার হই, তবে আমি আমার অধিকার রক্ষার দায়িত্বপ্রাপ্ত সংস্থা New York State মানবাধিকার বিভাগ (New York State Division of Human Rights) এর সাথে 1-888-392-3644 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারি।
- নিচে 9 নম্বর আইটেমে তালিকাভুক্ত পরিষেবা প্রদানকারী বা সংস্থাকে লিখিতভাবে জানিয়ে যেকোনো সময় এই অনুমোদন বাতিল করার অধিকার আমার রয়েছে। এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতোমধ্যে কোনো ব্যবস্থা নেওয়া হয়ে থাকলে তা ব্যতীত আমি এই অনুমোদনটি প্রত্যাহার করতে পারি।
- পরিষেবা প্রদানকারীর ইলেকট্রনিক হেলথ রেকর্ডের মাধ্যমে স্বাক্ষর করা সহ, ইলেকট্রনিক স্বাক্ষর ও রেকর্ড আইন অনুযায়ী এই অনুমোদনটি ইলেকট্রনিকভাবে পূরণ করা এবং এতে স্বাক্ষর করা যেতে পারে। পরিষেবা প্রদানকারীদের অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে এই ফর্মটি প্রিন্ট করা এবং/অথবা অনুমোদিত ফরম্যাটে রোগী, রোগীর প্রতিনিধি, এবং/অথবা উদ্দিষ্ট প্রাপকদের কাছে প্রদান করা যেতে পারে।
- এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমি বুঝছি যে সাধারণত আমার চিকিৎসা, অর্থ প্রদান, হেলথ প্ল্যানে নাম নথিভুক্তি, বা সুবিধা প্রাপ্তির জন্য যোগ্যতা আমার এই প্রকাশের অনুমোদনের উপর শর্তাধীন হবে না। তবে, আমি বুঝি যে এই সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর না করলে কিছু পরিস্থিতিতে আমার চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করা হতে পারে।
- আমাকে অবশ্যই এই ফর্মের সমস্ত আইটেম পূরণ করতে হবে। যদি কোনো সেকশন খালি রাখা হয়, তাহলে এই ফর্মটি বাতিল বলে গণ্য হবে।
- এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নগুলির উত্তর দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে ফর্মটির একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী কপি নিতে অস্বীকৃতি জানিয়েছেন



স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের অনুমোদন (অ্যালকোহল/মাদকাসক্তি চিকিৎসা এবং মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এবং গোপনীয় এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য সহ)

বিভাগ III. প্রকাশ সম্পর্কিত তথ্য

9. এই তথ্য: প্রকাশ করার জন্য অনুমোদিত পরিষেবা প্রদানকারীর নাম এবং যোগাযোগের তথ্য \_\_\_\_\_
10. যার (যাদের) কাছে এই তথ্য প্রকাশ করা হবে: তার (তাদের) নাম এবং যোগাযোগের তথ্য \_\_\_\_\_
11. তথ্য প্রকাশের উদ্দেশ্য: \_\_\_\_\_
12. পূর্বে আমার দ্বারা বাতিল করা না হলে, আমার স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের এই অনুমোদনটি নিচে উল্লেখিত ইভেন্ট বা তারিখে শেষ হবে: \_\_\_\_\_

বিভাগ IV. স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য

13. আমি নিম্নলিখিত সুরক্ষিত স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার অনুমোদন দিচ্ছি:
- আমার মেডিকেল রেকর্ডের অংশ (তারিখ লিখুন) \_\_\_\_\_ থেকে (তারিখ লিখুন) \_\_\_\_\_ পর্যন্ত
- সম্পূর্ণ মেডিকেল রেকর্ড, যার মধ্যে রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (আলাদা সাইকোথেরাপি নোট ছাড়া), পরীক্ষার ফলাফল, রেডিওলজি স্টাডিজ, ফিল্ম, রেফারেল, পরামর্শ, বিলিং রেকর্ড, ইন্স্যুরেন্স রেকর্ড এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের দ্বারা আপনাকে পাঠানো রেকর্ড অন্তর্ভুক্ত।
- অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন): \_\_\_\_\_

মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা, নেশার পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধি (SUD) চিকিৎসা এবং এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশের জন্য, আপনি যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ করতে চান তার জন্য আপনাকে অবশ্যই নিচের বক্সে টিক দিয়ে নামের আদ্যক্ষর স্বাক্ষর করে তারিখ দিতে হবে।

- মানসিক স্বাস্থ্য প্রোগ্রামগুলি থেকে ক্লিনিকাল রেকর্ডসমূহ\* নামের আদ্যক্ষর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_
- SUD চিকিৎসা প্রোগ্রামগুলি থেকে রেকর্ডসমূহ নামের আদ্যক্ষর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_
- এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত তথ্য নামের আদ্যক্ষর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

বিভাগ V. স্বাক্ষর

14. রোগী বা ব্যক্তিগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_
15. তারিখ: \_\_\_\_\_
16. রোগীর নাম (বড় হরফে): \_\_\_\_\_
17. রোগী নিজে না হলে, ব্যক্তিগত প্রতিনিধির নাম (বড় হরফে): \_\_\_\_\_
18. রোগীর পক্ষে স্বাক্ষর করার জন্য ব্যক্তিগত প্রতিনিধির আইনি ক্ষমতা/কর্তৃত্ব: \_\_\_\_\_

এই ফর্মটি DOH2557, DOH5032, অথবা OMH 11 এর পরিবর্তে ব্যবহার করা যেতে পারে এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য বা মানসিক স্বাস্থ্য ক্লিনিকাল রেকর্ড প্রকাশের অনুমতি দেওয়ার জন্য এটি নিউ ইয়র্ক সিটি মানসিক স্বাস্থ্য অফিস (NYS Office of Mental Health) দ্বারা অনুমোদিত। তবে, এই ফর্মটি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করতে বাধ্য করে না। এই ফর্মের মাধ্যমে প্রকাশিত নেশার পদার্থ ব্যবহারের ব্যাধির চিকিৎসা, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা, অথবা গোপনীয় এইচআইভি সম্পর্কিত তথ্যের সাথে অবশ্যই পুনরায় প্রকাশ নিষিদ্ধকরণের বিষয়ে প্রয়োজনীয় বিবৃতিগুলি সংযুক্ত থাকতে হবে।