NEW YORK STATE | Office of Mental Health

# صحت سے متعلق معلومات کے اجراء کے لیے اجازت نامہ (الکحل/منشیات کے علاج اور ذہنی صحت کی معلومات اور HIV/AIDS سے متعلق خفیہ معلومات کے ساتھ)

## سیکشن I. مریض کی معلومات

| | | |
|---|---|---|
| مریض کا نام: | تاریخ پیدائش: | میڈیکل ریکارڈ #: |
| مریض کا پتہ: | فون #: | ای میل ایڈریس: |

## سیکشن II. اجازت نامے سے متعلق معلومات

میں، یا میرا مجاز نمائندہ، درخواست کرتا/کرتی ہوں/ہے کہ میری نگہداشت اور علاج سے متعلق صحت کی معلومات اس فارم میں درج طریقے کے مطابق جاری کی جائیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں اور تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ:

1. یہ اجازت نامہ صحت کی تمام محفوظ شدہ معلومات کے اجراء کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے، جس میں منشیات کے استعمال کے عارضے کے علاج، ذہنی صحت کے علاج، اور خفیہ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات شامل ہیں۔ منشیات کے استعمال کے عارضے کے علاج، ذہنی صحت کے علاج، اور HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات آئٹم 10 میں درج فرد (افراد) کو اسی صورت میں جاری کی جا سکتی ہیں کہ اگر میں آئٹم 13 میں موزوں سطر پر اپنے مختصر دستخط کر کے ان معلومات کے اجراء کی مخصوص اجازت دوں۔
2. اس اجازت نامے کے تحت ذہنی صحت کے کلینیکل ریکارڈز سے معلومات ان فریقین کو جاری کی جا سکتی ہیں جن کی یہاں شناخت کی گئی ہو اور جنہیں ان معلومات کی واضح ضرورت ہو، بشرطیکہ معلومات کے اس انکشاف سے مریض یا کسی اور شخص کو معقول طور پر نقصان پہنچنے کا امکان نہ ہو۔
3. کچھ مستثنیات کے ساتھ، ایک مرتبہ صحت کی معلومات افشاء ہونے کے بعد وصول کنندہ کی جانب سے دوبارہ افشاء کی جا سکتی ہیں۔ اگر میں HIV/AIDS سے متعلق صحت کی معلومات، منشیات کے استعمال کے عارضے کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کے اجراء کی اجازت دے رہا/رہی ہوں، تو وصول کنندہ کو میری اجازت کے بغیر ایسی معلومات دوبارہ افشاء کرنے یا کسی اور مقصد کے لیے استعمال کرنے کی ممانعت ہے، سوائے اس کے کہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلق معلومات کے اجراء یا انکشاف کی وجہ سے امتیازی سلوک کا سامنا ہو، تو میں 1-888-392-3644 پر اپنے حقوق کے تحفظ کے لیے ذمہ دار ایجنسی، ریاستِ نیو یارک کی انسانی حقوق کی ڈویژن ( New York State Division of Human Rights )، سے رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں۔
4. میں آئٹم 9 میں ذیل میں درج فراہم کنندہ یا ادارے کو کسی بھی وقت تحریری اطلاع دے کر اس اجازت نامے کو منسوخ کرنے کا حق رکھتا/رکھتی ہوں۔ صرف ان صورتوں کے علاوہ جہاں اس اجازت نامے کی بنیاد پر پہلے سے اقدامات کیے جا چکے ہوں، میں یہ اجازت نامہ واپس لے سکتا/سکتی ہوں۔
5. فراہم کنندہ کی صحت کے الیکٹرانک ریکارڈ کے ذریعے سے اور الیکٹرانک دستخط اور ریکارڈز کے ایکٹ کے مطابق، اس اجازت نامے کو الیکٹرانک طریقے سے مکمل کر کے اس پر دستخط کیے جا سکتے ہیں۔ فراہم کنندگان کو لازمی طور پر یقینی بنانا ہو گا کہ یہ فارم پرنٹ کیا جا سکے اور/یا مریض، مریض کے نمائندے، اور/یا مطلوبہ وصول کنندگان کو منظور شدہ فارمیٹ میں ڈیلیور کیا جا سکے۔
6. اس اجازت نامے پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عمومی طور پر میرا علاج، ادائیگی، صحت کے کسی منصوبے میں اندراج، یا فوائد کے حوالے سے اہلیت اس اجراء کے لیے میری اجازت کے ساتھ مشروط نہیں ہو گی۔ تاہم، میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ بعض حالات میں اگر میں اس رضامندی پر دستخط نہیں کرتا/کرتی، تو مجھے علاج سے محروم کیا جا سکتا۔
7. میرے لیے اس فارم کے تمام آئٹمز کو مکمل کرنا لازمی ہے۔ اگر کوئی بھی سیکشن خالی چھوڑ دیا گیا، تو یہ فارم غیر مؤثر تصور ہو گا۔
8. اس فارم سے متعلق میرے سوالات کے جوابات دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی ایک نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

☐ مریض نے نقل لینے سے انکار کیا



*اگلے صفحے پر جاری رکھیں ←*

Office of Mental Health

## صحت سے متعلق معلومات کے اجراء کے لیے اجازت نامہ (الکحل/منشیات کے علاج اور ذہنی صحت کی معلومات اور HIV/AIDS سے متعلق خفیہ معلومات کے ساتھ)

### سیکشن III. معلومات کے اجراء کی تفصیلات

9. ان معلومات کے اجراء کے لیے مجاز فراہم کنندہ کا نام اور رابطے کی معلومات:

________________________________________

10. اس فرد(افراد) کا نام اور رابطے کی معلومات جسے/جنہیں یہ معلومات جاری کی جائیں گی:

________________________________________

11. معلومات کے اجراء کا مقصد: ______________________________

12. جب تک میں اس سے پہلے اس اجازت نامے کو منسوخ نہ کروں، میری صحت کی معلومات کے اجراء کے سلسلے میں دیا گیا یہ اجازت نامہ ذیل میں درج مخصوص ایونٹ یا تاریخ پر ختم ہو جائے گا:

________________________________________

### سیکشن IV. صحت کی معلومات

13. میں درج ذیل محفوظ شدہ صحت کی معلومات کے افشاء کی اجازت دیتا/دیتی ہوں:

☐ میرے میڈیکل ریکارڈ کا حصہ، از (تاریخ درج کریں) ______________ تا (تاریخ درج کریں) ______________

☐ مکمل میڈیکل ریکارڈ، بشمول مریض کی میڈیکل ہسٹریز، آفس نوٹس (علیحدہ سائیکو تھیراپی نوٹس کے علاوہ)، ٹیسٹ کے نتائج، ریڈیالوجی کے مطالعات، فلمز، ریفرلز، مشاورتی نوٹس، بلنگ ریکارڈز، انشورنس ریکارڈز، اور وہ ریکارڈز جو نگہداشت صحت کے دیگر فراہم کنندگان نے آپ کو ارسال کیے ہوں۔

☐ دیگر (براہ کرم وضاحت کریں):

________________________________________

**ذہنی صحت کے علاج، SUD کے علاج، اور HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے اجراء کے لیے، آپ کو ان مخصوص معلومات کے حوالے سے لازمی طور پر نیچے دیے گئے خانے پر نشان لگانا ہو گا، مختصر دستخط کرنا ہوں گے، اور تاریخ درج کرنا ہو گی جو آپ افشاء کرنا چاہتے ہیں۔**

☐ ذہنی صحت کے پروگرامز سے حاصل کردہ کلینیکل ریکارڈز*مختصر دستخط: __________ تاریخ: __________

☐ SUD کے علاج کے پروگرامز سے حاصل کردہ ریکارڈز مختصر دستخط: __________ تاریخ: __________

☐ HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات مختصر دستخط: __________ تاریخ: __________

### سیکشن V. دستخط

14. مریض یا ذاتی نمائندے کے دستخط: ____________________________

15. تاریخ: ________

16. مریض کا نام (واضح حروف میں): ____________________________________

17. اگر مریض نہیں، تو ذاتی نمائندے کا نام (واضح حروف میں): ____________________

18. ذاتی نمائندے کا مریض کے نام پر دستخط کرنے کا اختیار: ____________________

یہ فارم DOH2557، DOH5032، یا OMH 11 کے متبادل کے طور پر استعمل کیا جا سکتا ہے اور اسے NYS کے ذہنی صحت کے دفتر کی جانب سے صحت کی معلومات یا ذہنی صحت کے کلینیکل ریکارڈز کے اجراء کی اجازت دینے کے لیے منظور کیا گیا ہے۔ تاہم، اس فارم کے ذریعے نگہداشت صحت کے فراہم کنندگان کو صحت سے متعلقہ معلومات جاری کرنے کا پابند نہیں کیا جاتا۔ اس فارم کے ذریعے جاری کی جانے والی منشیات کے استعمال کے عارضے کے علاج، ذہنی صحت کے علاج، یا HIV سے متعلق خفیہ معلومات کے ساتھ دوبارہ اجراء کی ممانعت سے متعلق درکار بیانات شامل ہونا لازمی ہیں۔