

হিপা (HIPAA) অনুসারে স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি

রোগীর নাম	জন্মতারিখ	রোগীর পরিচিতি নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার প্রতিনিধি, এই ফর্ম-এ যেভাবে বলা হয়েছে, সে অনুসারে আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করার অনুরোধ করছি। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন ও 1996 সালের প্রাইভেসি রুল অন্ড দা হেলথ ইনস্যুরেন্স পোর্টবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (HIPAA) অনুসারে, আমি বুঝেছি যে:

- এই অনুমোদন অ্যালকোহল ও মাদক অপব্যবহার, মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ অন্তর্ভুক্ত করতে পারে, যার ব্যতিক্রম সাইকোথেরাপি নোট এবং গোপনীয় HIV/AIDS* সংক্রান্ত তথ্য কেবলমাত্র যদি আমি 7 অংশের যথাযথ লাইনে আমার নামের ইনিশিয়াল (আদ্যাক্ষর) দিয়ে থাকি। নিচে বর্ণিত স্বাস্থ্য তথ্যে যদি এই ধরনের যেকোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে, এবং যদি আমি আইটেম 7-এ বক্সের লাইনটিতে ইনিশিয়াল দেই, সেক্ষেত্রে আমি নির্দিষ্টভাবে নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“DOHMH”) এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (“DOE”) যারা যুগ্মভাবে অফিস অভ স্কুল হেলথ পরিচালনা করে - তাদেরকে এই ধরনের তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করছি।
- যদি আমি HIV/AIDS-সংক্রান্ত, অ্যালকোহল বা মাদক চিকিৎসা, বা মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসার তথ্য প্রকাশ করার অনুমতি দিই, তাহলে আমার অনুমোদন ব্যতিরেকে সেই তথ্য পুনরায় প্রকাশ DOHMH-এর জন্য নিষিদ্ধ, যদি না ফেডারেল ও স্টেটের আইন অনুসারে তা করার অনুমতি থাকে। আমি বুঝেছি যে যারা অনুমতি ছাড়া আমার HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য লাভ বা ব্যবহার করতে পারেন, সেসব মানুষের তালিকা পাওয়ার অনুরোধ করার অধিকার আমার আছে। আমি যদি HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য প্রকাশ করার কারণে বৈষম্যের অভিজ্ঞতা লাভ করি, তাহলে আমি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অভ হিউম্যান রাইটসের (212) 480-2493 নম্বরে অথবা নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অভ হিউম্যান রাইটসের (212) 306-7450 নম্বরে যোগাযোগ করতে পারব। এসব এজেন্সির দায়িত্ব হলো আমার অধিকার রক্ষা করা।
- আমি যে হেলথ কেয়ার প্রোভাইডারকে তথ্য প্রকাশের অনুমোদন প্রদান করেছি, তার কাছে লিখিত দিয়ে যেকোন সময়ে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদন প্রত্যাহার করতে পারব তবে এই অনুমোদনের ভিত্তিতে ইতিমধ্যে গৃহীত পদক্ষেপ বাদে।
- আমি বুঝেছি যে এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা ঐচ্ছিক। আমার চিকিৎসা, ব্যয় নির্বাহ, হেলথ প্লানে অন্তর্ভুক্তি অথবা সুবিধালাভের যোগ্যতা আমার এই তথ্য প্রকাশের অনুমতি দেওয়ার উপর নির্ভর করবে না।
- এই অনুমোদনের আওতায় প্রকাশিত তথ্য DOHMH অথবা DOE কর্তৃক পুনরায় প্রকাশ করা যাবে (উপরের আইটেম 2-তে যেমনটি উল্লেখ আছে সেটি বাদে) এবং এই পুনঃপ্রকাশ আর ফেডারেল ও স্টেটের আইনে সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- আমি আমার সকল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীকে এই তথ্য নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের কাছে প্রকাশের এবং তাদের সাথে আলোচনার অনুমতি প্রদান করছি।

7. যে নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ এবং আলোচিত হবে:

রোগীর ইতিহাস, অফিস নোট (সাইকোথেরাপি নোট বাদে), টেস্ট রেজাল্ট, রেডিওলজি পর্যবেক্ষণ, ফিল্ম, রেফারাল, পরামর্শ, বিলের রেকর্ড, এবং অন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে থেকে আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছে পাঠানো রেকর্ডসহ সকল (লিখিত এবং মৌখিক) স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য।

এই বক্সটি যদি চেক মার্ক করা থাকে, তাহলে শুধু এখানে উল্লিখিত স্বাস্থ্য তথ্য প্রকাশ এবং সেসম্পর্কে আলোচনা করুন:

(আপনি যদি না চান যে পুরো রেকর্ড প্রকাশিত অথবা উন্মোচিত হোক, তাহলে এই বক্সটি ব্যবহার করুন। এই ফর্মটিকে আপনি কতদিন বৈধ রাখতে চান সেটি স্থির করতে নিচের বক্স 9 ব্যবহার করুন)

যা অন্তর্ভুক্ত করবেন: (ইনিশিয়াল দিয়ে নির্দিষ্ট করুন)

- _____ অ্যালকোহল/ড্রাগ চিকিৎসার তথ্য। যে রেকর্ড এবং যে সংস্থা প্রকাশ করবে তার নাম উল্লেখ করুন: _____
- _____ মানসিক স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য
- _____ HIV/AIDS-সংক্রান্ত তথ্য

8. তথ্য প্রকাশের কারণ: এই তথ্য রোগী অথবা তার প্রতিনিধির অনুরোধে প্রকাশ করা হচ্ছে, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

9. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অভ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়**:

10. রোগী ছাড়া অন্য কেউ এই ফর্ম স্বাক্ষর করে থাকলে তার নাম: (পিতামাতাকে/অভিভাবককে অবশ্যই পূরণ করতে হবে)

11. এই অনুমোদন ঐ তারিখে মেয়াদ উত্তীর্ণ হবে যেদিন DOE কর্তৃক পরিচালিত অথবা অফিস অভ স্কুল হেলথ পরিষেবা প্রদত্ত স্কুল বা কর্মসূচিতে রোগী আর ভর্তি থাকবে না, যদি না এখানে অন্য কোনোভাবে উল্লেখ করা হয়:

এই ফর্ম-এর সব অংশ পূরণ করা ও এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নের জবাব দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এই ফর্মের একটি কপি প্রদান করা হয়েছে।

রোগী অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

*AIDS রোগের কারণ হিউম্যান ইম্যুনোডেফিশিয়েন্সি আইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেটের পাবলিক হেলথ আইন এইচআইভি (HIV) লক্ষণ অথবা সংক্রমণ আছে এমন কারো পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এরকম তথ্য ও ব্যক্তির যোগাযোগের তথ্যকে সুরক্ষা দেয়।

**উপরের 9 নম্বর অংশে যদি কোন মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ উল্লিখিত থাকে, তাহলে ফর্মটি ঐ তারিখ থেকে মেয়াদোত্তীর্ণ হবে এবং সেক্ষেত্রে রোগীর পিতামাতা অথবা আইনী অভিভাবক অথবা আইন দ্বারা অনুমোদিত অন্য কোন ব্যক্তি অবশ্যই একটি নতুন ফর্ম জমা দিতে হবে।