



HIPAA অনুসারে স্বাস্থ্যের তথ্য উন্মোচন করার অনুমোদন
[এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ দ্বারা অনুমোদিত]

OCA সরকারী ফর্ম নং: 960

রোগীর নাম	জন্ম তারিখ	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর
রোগীর ঠিকানা		

আমি, অথবা আমার অনুমোদিত প্রতিনিধি, অনুরোধ করছি যে, এই ফর্মের ঘোষণা অনুযায়ী আমার পরিচর্যা ও চিকিৎসা সংক্রান্ত স্বাস্থ্যের তথ্য উন্মোচন করা হোক। নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন এবং 1996-এর দা প্রাইভেসি রুল অফ দা হেলথ ইনশুরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট অনুসারে, আমি বুঝতে পেরেছি যে:

- এই অনুমোদনের মধ্যে **মদ** এবং **মাদকের অপব্যবহার**, **মানসিক স্বাস্থ্যের চিকিৎসা** সম্পর্কিত তথ্যও উন্মোচিত হতে পারে, যার ব্যতিক্রম হল ফিজিওথেরাপি নোটস, এবং **গোপনীয় HIV* সম্পর্কিত তথ্য** কেবলমাত্র যদি আমি আইটেম 9 (ক)'এর যথাযথ লাইনে আমার আদ্যক্ষর রাখি। নিম্নবর্ণিত স্বাস্থ্যের তথ্য এই প্রকারের কোন তথ্য অন্তর্ভুক্ত হওয়ার এবং আইটেম 9 (ক)'র বক্স-এর লাইনে আমার আদ্যক্ষর রাখার ক্ষেত্রে, আমি সুনির্দিষ্টভাবে আইটেম 8-এ চিহ্নিত করা ব্যক্তির(ব্যক্তিদের) কাছে সেইসব তথ্য উন্মোচনের অনুমতি দিচ্ছি।
- যদি আমি HIV-সম্পর্কিত, মদ বা মাদকের চিকিৎসা, অথবা মানসিক চিকিৎসার তথ্য উন্মোচনের অনুমতি দিই, সেক্ষেত্রে প্রাপকের দ্বারা আমার অনুমতি ব্যতীত সেই তথ্যের পুনঃপ্রকাশ নিষিদ্ধ, যদি না তাঁরা যুক্তরাষ্ট্রীয় বা রাজ্যের আইন দ্বারা অনুমোদিত হন। আমি বুঝেছি যে আমার এমন একটি লোকদের তালিকার অনুরোধ করার অধিকার রয়েছে যাঁরা অনুমতি ছাড়াই আমার HIV-সম্পর্কিত তথ্য গ্রহণ বা ব্যবহার করতে পারেন। যদি আমাকে HIV-সম্পর্কিত তথ্য উন্মোচন বা প্রকাশের কারণে বঞ্চনা ভোগ করতে হয়, সেক্ষেত্রে আমি (212) 480-2493 নম্বরে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিভিশন অফ হিউম্যান রাইটস অথবা (212) 306-7450 নম্বরে নিউ ইয়র্ক সিটি কমিশন অফ হিউম্যান রাইটস-এর সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারি। এই সংস্থাগুলি আমার অধিকার রক্ষা করার জন্য দায়িত্বপ্রাপ্ত।
- নীচের তালিকায় দেওয়া স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারীর কাছে লিখিত আকারে আমার অনুমতি প্রত্যাহার করে নেওয়ার অধিকার আমার আছে। আমি বুঝেছি যে, এই অনুমতির ভিত্তিতে ইতিমধ্যেই যে ব্যবস্থা নেওয়া হয়ে গেছে সেই পরিমাণ ব্যতিরেকে আমি আমার অনুমতি প্রত্যাহার করতে পারি।
- আমি বুঝেছি যে, এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করা স্বৈচ্ছাধীন। আমার চিকিৎসা, অর্থপ্রদান, কোন স্বাস্থ্য পরিকল্পনায় নথিভুক্ত হওয়া, অথবা সুবিধা পাওয়ার যোগ্যতা আমার এই অনুমোদন দেওয়ার শর্তাধীন নয়।
- এই অনুমোদনের অধীনে প্রকাশ করা তথ্য প্রাপকের দ্বারা পুনঃপ্রকাশ করা যেতে পারে (উপরের আইটেম 2-তে উল্লিখিত ক্ষেত্র ব্যতীত), এবং এই পুনঃপ্রকাশ যুক্তরাষ্ট্রীয় বা রাজ্যের আইন দ্বারা সুরক্ষিত নাও হতে পারে।
- এই অনুমোদন আপনাকে আমার স্বাস্থ্যের বা চিকিৎসা পরিষেবার তথ্য আইটেম 9 (খ)'র উল্লেখ করা অ্যাটর্নি বা সরকারী সংস্থা ব্যতীত অন্য কারুর সঙ্গে আলোচনা করার অনুমতি দেয় না।**

7. যে স্বাস্থ্য প্রদানকারী বা সত্তার কাছে এই তথ্য উন্মোচন করা হচ্ছে তাঁদের নাম ও ঠিকানা:

8. যে ব্যক্তির(ব্যক্তিদের) বা ব্যক্তিদের শ্রেণীর কাছে এ ই তথ্য পাঠানো হচ্ছে তাঁদের নাম ও ঠিকানা:

9(ক). নির্দিষ্ট তথ্য প্রকাশ করা হবে:

(তারিখ প্রবেশ করান) _____ থেকে (তারিখ প্রবেশ করান) অবধি **চিকিৎসার রেকর্ড**

সমগ্র চিকিৎসার রেকর্ড, যার অন্তর্ভুক্ত হল রোগীর ইতিহাসসমূহ, অফিস নোটস (ফিজিওথেরাপি নোটস ব্যতীত), পরীক্ষাসমূহের ফলাফল, রেডিওলজি পরীক্ষাসমূহ, ফিন্সাসমূহ, প্রেরিত বিষয়সমূহ, পরামর্শ, বিলিং-এর রেকর্ডসমূহ, বীমার রেকর্ডসমূহ, এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য-পরিচর্যা প্রদানকারীদের দ্বারা আপনাকে পাঠানো রেকর্ডসমূহ।

অন্যান্য: _____ অন্তর্ভুক্ত: (আদ্যক্ষর দিয়ে চিহ্নিত করুন)

_____ **মদ/মাদকের চিকিৎসা**
_____ **মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য**
_____ **HIV-সম্পর্কিত তথ্য**

স্বাস্থ্যের তথ্য আলোচনার অনুমোদন

(খ) এখানে আদ্যক্ষর দিয়ে _____ অনুমতি দিচ্ছি যে _____

আদ্যক্ষর _____ স্বাস্থ্য-পরিচর্যা প্রদানকারী ব্যক্তির নাম

আমার স্বাস্থ্যের তথ্য আমার অ্যাটর্নি, অথবা কোন সরকারী সংস্থার সঙ্গে, আলোচনা করতে পারেন, যাদের নামের তালিকা এখানে দেওয়া আছে:

_____ (অ্যাটর্নির/ফর্মের অথবা সরকারী সংস্থার নাম)

10. তথ্য প্রকাশের কারণ: <input type="checkbox"/> ব্যক্তির অনুরোধ <input type="checkbox"/> অন্যান্য:	11. যে তারিখে বা ঘটনায় এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হবে:
---	--

12. রোগী নিজে না হলে, ফর্ম স্বাক্ষরকারী ব্যক্তির নাম:	13. রোগীর হয়ে স্বাক্ষরদানের কর্তৃত্ব:
---	--

এই ফর্মের যাবতীয় আইটেম পূরণ করা হয়েছে এবং এই ফর্ম সম্পর্কে আমার প্রশ্নগুলির জবাব দেওয়া হয়েছে। সেইসঙ্গে, আমাকে এই ফর্মের একটি কপিও দেওয়া হয়েছে।

তারিখ: _____

রোগী বা আইনের দ্বারা অনুমোদিত প্রতিনিধির স্বাক্ষর।

* AIDS সৃষ্টিকারী হিউম্যান ইমিউনোডেফিশিয়েন্সি ভাইরাস। নিউ ইয়র্ক স্টেট পাবলিক হেলথ আইন যুক্তিসঙ্গতভাবে কোন ব্যক্তির HIV-এর লক্ষণ বা সংক্রমণ চিহ্নিত করতে পারে এমন তথ্যগুলি এবং সেই ব্যক্তির যোগাযোগ সংক্রান্ত তথ্যের সুবক্ষা দেয়।

মামলার জন্য প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্যের তথ্য উন্মোচন করতে HIPAA-অনুবর্তী অনুমোদন ফর্ম ব্যবহারের নির্দেশাবলী

এই ফর্মটি নিউ ইয়র্ক স্টেট অফিস অফ কোর্ট অ্যাডমিনিস্ট্রেশন, নিউ ইয়র্কের চিকিৎসা প্রদানকারী সম্প্রদায়ের প্রতিনিধিবৃন্দ এবং বিচারকবৃন্দ ও উকিলসভার মধ্যকার একটি সহযোগী প্রক্রিয়ার ফসল, যার নকশা তৈরি হয়েছে একটি সরকারী ফর্ম তৈরি করার জন্য যা নিউ ইয়র্ক স্টেট আদালতে মামলায় স্বাস্থ্যের তথ্য উন্মোচনের অনুমোদনের জন্য ব্যবহার করতে যুক্তরাষ্ট্রীয় হেলথ ইনশিওরেন্স পোর্টেবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টেবিলিটি অ্যাক্ট (“HIPAA”)-এর গোপনীয়তার প্রয়োজনীয়তা মেনে চলে এবং এর প্রবিধানগুলি বাস্তবায়িত করে। যদিও, একে এর থেকে আরও বিস্তৃতভাবে ব্যবহার করা যায় এবং মামলা শুরু হওয়ার আগে ব্যবহার করা যায়, অথবা কোঁসুলির একে দরকারি মনে হয়।

একটি প্রমাণ HIPAA-অনুবর্তী সরকারী ফর্ম তৈরির লক্ষ্য হল মামলার প্রক্রিয়ায় করা স্বাস্থ্যের তথ্যের অনুরোধ HIPAA গোপনীয়তা বিধির প্রয়োজনীয়তা পূরণ করছে কিনা সেই জাতীয় বর্তমান বিরোধ নিবারণ করা যা প্রায়শই ঘটে থাকে। যদিও, এটা লক্ষ্য করার দরকার যে এই ফর্মটি ঐচ্ছিক। এই ফর্মটি অনলাইনে পূরণ করে ও হস্তস্বাক্ষর করার জন্য ডাউনলোড করা যায় অথবা ডাউনলোড করে পুরোটাই কাগজে পূরণ করা যায়।

আইটেম 11, যা সেই তারিখ বা ঘটনা উল্লেখ করার অনুরোধ করে যখন এই অনুমোদনের মেয়াদ শেষ হবে, সেটি পূরণ করার সময়, যে ব্যক্তি এটি পূরণ করছেন, তিনি কোন ঘটনাকে চিহ্নিত করতে পারেন, যেমন, “আমার আদালতের মামলার নিষ্পত্তি হলে” অথবা একটি নির্দিষ্ট তারিখ বা সময় প্রদান করতে পারেন, যেমন, “আজকের তারিখ থেকে 3 বছর অবধি”।

যদি কোন রোগী তাঁর নিজের সমগ্র চিকিৎসার রেকর্ড উন্মোচিত করতে চান, কিন্তু তা কেবল একটি নির্দিষ্ট তারিখ থেকে, সেক্ষেত্রে সেকশন 9 (ক)-এর প্রথম দুটি বক্স-এর উভয়েতেই টিক দিতে হবে, এবং প্রথম বক্স যে লাইনে রয়েছে তার প্রথম লাইনে প্রাসঙ্গিক তারিখ সন্নিবিষ্ট করতে হবে।