

صحت سے متعلقہ معلومات کے افشا کرنے کا اجازت نامہ

مریض کا نام	تاریخ پیدائش	مریض علم کا شناختی نمبر / #OSIS
مریض کا پتہ		

میں، یا میرا منظور کردہ نمائندہ، درخواست کرتے ہیں کہ میری دیکھ بھال اور علاج کی معلومات صحت اس فارم کے مطابق افشا کی جائیں: نیویارک ریاستی قانون اور ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ اکاؤنٹیبلٹی کے 1996 کے ایکٹ (HIPAA) رازداری قانون کے مطابق، میں سمجھتا ہوں کہ:

- صرف اسی وقت **الکوحل اور منشیات کے غلط استعمال، ذہنی صحت کا علاج، ماسوائے نفسیاتی علاج کے نوٹس** کے، اور **HIV/AIDS** سے متعلقہ خفیہ معلومات کا افشا کرنا اس اجازت نامے میں شامل ہوسکتے ہیں اگر میں نے شق 7 میں مناسب سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں۔ اس صورت میں کہ صحت سے متعلق ذیل میں دی گئی معلومات میں اس قسم کی کوئی معلومات شامل ہیں، اور میں نے شق 7 کے خانے کی سطر پر مختصر دستخط کیے ہوں، میں نیویارک شہر محکمہ صحت اور ذہنی حفظان صحت ("DOHMH") اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کو جو مل کر دفتر صحت برائے اسکول چلائے ہیں، ایسی معلومات افشا کرنے کی خصوصی اجازت دیتا ہوں۔
- اگر میں HIV/AIDS سے متعلقہ، الکوحل یا منشیات کے علاج، یا ذہنی صحت کے علاج کی معلومات کو افشا کرنے کی اجازت دے رہا ہوں، DOHMH کو یہ معلومات بغیر میری اجازت کے دوبارہ افشا کرنے کی ممانعت ہے، تاوقتیکہ وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت ایسا کرنے کی اجازت ہو۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے حق حاصل ہے کہ میں ان افراد کی فہرست کی درخواست کروں جو HIV/AIDS سے متعلقہ میری معلومات کو موصول یا اجازت کے بغیر استعمال کرسکتے ہوں۔ اگر مجھے HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات کے افشا یا انکشاف کرنے سے امتیازیت کا سامنا کرنا پڑتا ہے، میں نیویارک ریاست شعبہ برائے انسانی حقوق سے 3644-392 (888) پر یا نیویارک شہر کمیشن برائے انسانی حقوق سے 306-7450 (212) پر رابطہ کرسکتا ہوں۔ یہ ادارے میرے حقوق کے تحفظ کی ذمہ دار ہیں۔
- مجھے یہ حق حاصل ہے کہ میں صحت کے نگہداشت فراہم کنندگان جنہیں میں نے میری معلومات افشا کرنے کی اجازت دی ہے، انہیں کسی بھی وقت لکھ کر اس اجازت نامے کو منسوخ کر سکتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں اس اجازت کو منسوخ کرسکتا ہوں ماسوائے اس حد تک کہ اس اجازت کی بنیاد پر پہلے ہی عمل کرلیا گیا ہو۔
- میں یہ جانتا ہوں کہ اس منظوری پر دستخط کرنا رضاکارانہ ہے۔ میرا علاج، ادائیگی، ایک صحت کے منصوبے میں اندراج، یا مفادات کی اہلیت میری اس انکشاف کی اجازت سے مشروط نہیں ہونگے۔
- اس اجازت کے تحت افشا کردہ معلومات کو DOHMH یا DOE کے ذریعے دوبارہ افشا کیا جاسکتا ہے (ماسوائے جیسا کہ مذکورہ بالا شق 2 میں درج ہے)، اور ہوسکتا ہے اس مکرر انکشاف کو وفاقی یا ریاستی قانون کے تحت مزید تحفظ حاصل نہ ہو۔
- میں اپنے تمام صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو یہ معلومات نیویارک شہر محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت اور نیویارک شہر محکمہ تعلیم کو افشا کرنے، اور اس معلومات پر ان سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

7. افشا اور بات چیت کی جانے والی مخصوص معلومات:

تمام طبی ریکارڈ (تحریری اور زبانی)، بشمول مریض کی رودادیں، آفس نوٹس (ماسوا نفسیاتی علاج نوٹس)، ٹیسٹ نتائج، ریڈیولوجی اسٹڈیز، فلمز، حوالے، مشاورت، بلنگ ریکارڈ، انشورنس ریکارڈ، اور دیگر صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کی جانب سے میرے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندگان کو بھیجے گئے ریکارڈز۔
ذیل میں درج فہرست کسی بھی طبی کیفیتوں والے مریضوں کے لیے، معلومات کو افشا کرنے کی اجازت کے لیے مختصر دستخط کریں: (مختصر دستخط کر کے نشاندہی کریں)

_____ الکوحل / منشیات کے علاج کی معلومات۔ افشا کیے جانے والے مخصوص ریکارڈز اور افشا کرنے والی تنظیم کی نشاندہی کریں:

_____ ذہنی صحت معلومات

_____ HIV/AIDS سے متعلق معلومات

☐ اگر اس خانے پر نشان لگا ہوا ہے، صرف یہاں مخصوص کی گئی صحت کی معلومات کو ہی افشا کریں اور اس پر بحث کریں:

_____ (اگر آپ نہیں چاہتے کہ تمام ریکارڈ افشا یا ظاہر کیے جائیں تو اس خانے کا استعمال کریں۔)

8. معلومات افشا کرنے کی وجہ: یہ معلومات مریض یا نمائندے کی درخواست پر قانون کے تحت افشا کی جا رہی ہیں ماسوائے اسکے کہ یہاں بصورت دیگر بیان کیا گیا ہو:	9. اس اجازت نامے کی معیاد اس وقت ختم ہوجائے گی جب مریض محکمہ تعلیم کے زیر انتظام اسکول یا پروگرام یا دفتر صحت برائے اسکول کی خدمات میں مندرج نہ رہے ماسوائے اسکے کہ بصورت دیگر معیاد ختم ہونے کی تاریخ ذیل میں درج کی گئی ہو:
10. اگر مریض خود نہیں ہے، فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام پرنٹ اور دستخط کریں: (والدین / سرپرست کے لیے مکمل کرنا لازمی ہے)	11. مریض کے ساتھ رشتہ: ☐ بڑا بہن / بڑا بھائی ☐ والدین / سرپرست ☐ دیگر (براہ کرم ذیل میں وضاحت کریں)

اس فارم پر تمام چیزیں مکمل کرلی گئی ہیں اور اس فارم کے متعلق میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں اور مجھے اس فارم کی نقل فراہم کر دی گئی ہے۔

تاریخ

مریض یا قانون کے ذریعے اختیار دیے گئے نمائندے کے دستخط

* **AIDS** پھیلائے والا انسانی مامونی قلت وائرس (ہیومن امیونو ڈیفیشنسی) نیویارک ریاست عوامی صحت کا قانون ان معلومات کی حفاظت کرتا ہے جو ذیل مرض کے حامل فرد کی شناخت آسانی کر سکتی ہے **HIV** کی علامات یا انفیکشنز کے حامل افراد اور ایک فرد کی رابطہ معلومات۔
** اگر مذکورہ بالا شق 9 میں معیاد ختم ہونے کی ایک مخصوص تاریخ دی گئی ہے، یہ فارم اس تاریخ پر اثر ہو جائے گا اور مریض کے والدین یا قانونی سرپرست، یا قانون کے تحت مجاز دیگر فرد کے ذریعے ایک نیا فارم جمع کروانا لازمی ہے۔